Pour une garantie de services

PLAN STRATÉGIQUE 2003-2006

106-04592/

Auteurs
L'ouvrage qui suit est le fruit d'un travail collectif de l'ensemble de l'agence, réalisé sous la direction de Denis A. Roy, directeur de la planification et des affaires publiques.

Conception graphique
Le zeste graphique (couverture)
Jean-François Lapierre

Correction
Hélène Giroux

Responsable de la mise en page, publication et diffusion
Jean-François Lapierre

Ce document a été diffusé aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des copies supplémentaires sont disponibles au centre de documentation de l'agence au coût de 9 $.

Pour une copie de ce document, adressez-vous à :
Services documentaires
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil, Québec J4K 2M3

Ce document est accessible sur le site Internet de l'agence : www.rrsss16.gouv.qc.ca

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : 16-2003-005

Dépôt légal - 2e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-233-0

Prix : 9 $

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

C'est avec une fierté non dissimulée que je m'associe au président-directeur général pour la présentation du plan stratégique triennal 2003-2006 de la Régie régionale. Fruit de vastes consultations qui ont été tenues au début de l'année 2003, ce plan reflète les attentes des décideurs et de l'ensemble des personnes membres de divers organismes de la Montérégie. En effet, les audiences publiques que nous avons tenues auront permis d'entendre et de saisir l'importance des enjeux de santé pour nos partenaires, que ce soit les syndicats, les établissements du réseau, les groupes communautaires ou les corporations de développements économiques.

Le plan stratégique a aussi reçu l'appui de nos diverses instances dont la commission médicale régionale, la commission infirmière régionale et la commission multidisciplinaire régionale. Notre forum de la population a lui aussi collaboré à l'élaboration de ce plan, de même que tous les membres du conseil d'administration. L'apport de tous fut inestimable et a contribué à faire de ce plan stratégique un document qui reflète bien les préoccupations de chacun.

En traçant un portrait juste de la situation et des orientations claires en matière de santé, le plan stratégique permet d'orienter les actions futures de manière à garantir des services de qualité à notre population. Cet objectif doit être gardé bien en vue afin de nous assurer du bien-être de notre population.

Depuis quelques temps, la Montérégie continue de faire des gains au chapitre de l'équité, ce qui améliore notamment l'accessibilité aux services de santé et services sociaux offerts sur le territoire. Mais pour réaliser ce plan stratégique, il nous faudra encore compter sur un rehaussement notable des fonds consentis. Des pas ont été faits en ce sens et soyez assurés que nous persévérerons dans cette voie afin que les Montérégiens bénéficient d'une meilleure garantie de services.

En terminant, je tiens à remercier en mon nom personnel et celui de tous les membres du conseil d'administration, tous ceux et celles qui, par leur contribution, ont permis de mener à bon port la réalisation de ce plan stratégique. Ces efforts n'auront pas été vains. Hors de tout doute, le plan stratégique triennal s'avère le véritable reflet du chemin que nous devons parcourir pour que les services de santé répondent aux besoins de notre population.

Le président du conseil d'administration,

Michel Benoit

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Il me fait plaisir de vous présenter le plan stratégique que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie met de l'avant pour les trois prochaines années. Ce plan campe clairement les orientations qui animeront le développement du réseau montérégien de la santé et des services sociaux afin d'assurer à la population l'accès aux services de santé et aux services sociaux en fonction de ses besoins.

Le plan stratégique repose sur une stratégie maîtresse, celle de renforcer nos dynamiques locales et régionales en faveur d'une intégration des services. Assurément, le plan nous amènera à penser différemment la gestion du réseau et à mettre en œuvre les solutions les plus appropriées pour offrir à nos concitoyens et concitoyennes la " garantie de services " à laquelle ils sont en droit de s'attendre.

Je ne peux passer sous silence le travail de plusieurs membres du personnel de la Régie régionale et de nombreux représentants du réseau qui ont contribué avec dévouement et créativité à faire de cette démarche essentielle un succès dont nous sommes fiers. Leur apport considérable aura permis l'émergence d'un plan stratégique qui colle à la réalité de la région et qui évoque avec force son développement futur.

Je suis confiant que la mise en œuvre de ce plan offrira l'occasion de resserrer nos collaborations dans l'action autour de cibles communes et partagées. Les défis sur notre route, prévus et imprévus, seront sans doute nombreux. Toutefois, les mesures dont nous avons convenu et qui sont consignées dans ce plan sauront, j'en suis convaincu, tracer les balises et les grands jalons qui nous permettront d'avancer ensemble dans le sens d'une amélioration tangible de la santé et du bien-être de la population montérégienne.

Le président-directeur général

Luc Boileau

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 3

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL 5

INTRODUCTION 11

LE CONTENU DU DOCUMENT 12

MISE EN CONTEXTE DU PLAN STRATÉGIQUE 13

Des changements transformateurs 13

Des choix stratégiques alignés sur les priorités ministérielles 14

Du plan de consolidation au plan stratégique 15

Une garantie régionale de services 17

FAITS SAILLANTS DE LA SITUATION SOCIOSANITAIRE EN MONTÉRÉGIE 19

La population 19

La santé de la population 21

L'ADAPTATION SOCIALE ET LA SANTÉ MENTALE : DES BESOINS CROISSANTS 21

LES MALADIES CHRONIQUES : UN FARDEAU IMPORTANT 22

UN NIVEAU D'INCAPACITÉ PRÉOCCUPANT DANS LA RÉGION 24

LES DÉTERMINANTS COMME CIBLES DE PRÉVENTION 25

LES INÉGALITÉS DE SANTÉ : UN SUJET DE PRÉOCCUPATION 26

Le réseau de la santé et des services sociaux 28

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN MONTÉRÉGIE 29

LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN MONTÉRÉGIE 31

DES ENJEUX PERSISTANTS RELATIFS À L'ACCÈS AUX SERVICES ET AU FINANCEMENT DU RÉSEAU 35

En résumé 37

PRIORITÉS, ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET ACTIONS CIBLES POUR 2003-2006 39

NOS CINQ PRIORITÉS RÉGIONALES 39

Une garantie fondée sur une stratégie d'intégration des interventions 40

Tableaux synthèses des priorités et orientations 43

Priorité 1 : Miser sur la prévention 44
ORIENTATION 1.1 : Actualiser le Programme national de santé publique en Montérégie et la Loi sur la santé publique 44
ORIENTATION 1.2 : Consolider et développer les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention dans chaque territoire de CLSC 46
Enfance 48
Jeunesse 50
Adultes 52
Personnes âgées 53
ORIENTATION 1.3 : Consolider et développer l'application de mesures de protection de la santé des Montérégiens 54

Priorité 2 : Développer une première ligne incontournable 56
ORIENTATION 2.1 : Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne 57
ORIENTATION 2.2 : Améliorer l'accessibilité et la continuité des services psychosociaux de première ligne 60
ORIENTATION 2.3 : Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne visant des clientèles spécifiques 62
ORIENTATION 2.4 : Développer l'accès téléphonique au service Info-Santé CLSC pour les besoins de santé physique et les besoins psychosociaux 64
ORIENTATION 2.5 : Soutenir l'action communautaire 66

Priorité 3 : Adapter et rehausser les services aux personnes âgées 69
ORIENTATION 3.1 : Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées 70
ORIENTATION 3.2 : Implanter des réseaux de services intégrés (RSI) pour assurer une prestation de soins et de services continue aux personnes âgées 72
ORIENTATION 3.3 : Assurer la qualité et l'évolution des pratiques et des interventions ainsi que l'adaptation des milieux de vie des personnes âgées 73

Priorité 4 : Garantir l'accessibilité aux services en santé mentale 74
ORIENTATION 4.1 : Poursuivre la mise en réseau de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale 75
ORIENTATION 4.2 : Assurer l'implantation des réseaux de services intégrés pour la clientèle adulte en santé mentale 76
ORIENTATION 4.3 : Poursuivre la mise en réseau de services intégrés en matière de suicide 78

Priorité 5 : Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment 79
A. Garantir l'accès à des services hospitaliers 79
ORIENTATION 5.1 : Assurer l'accessibilité et la continuité des services hospitaliers généraux, spécialisés et surspécialisés 80
ORIENTATION 5.2 : Optimiser le fonctionnement des services d'urgence 82

ORIENTATION 5.3 : Améliorer l'accès aux services hospitaliers en oncologie et en dialyse rénale et réduire les délais d'attente pour certains services spécifiques 84
Personnes atteintes de cancer 84
Personnnes nécessitant des services de dialyse rénale 86
Réduction des délais d'attente pour certains services 88

B. Garantir l'accès à des services spécialisés de réadaptation 90

ORIENTATION 5.4 : Offrir des services rapidement et un soutien approprié aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement 91

ORIENTATION 5.5 : Améliorer, sur l'ensemble du territoire, l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique 92

ORIENTATION 5.6 : Assurer l'accessibilité et la continuité d'une gamme de services spécialisés aux jeunes en difficulté sur l'ensemble du territoire de la Montérégie 94

ORIENTATION 5.7 : Assurer l'implantation du réseau intégré en toxicomanie et consolider les services spécialisés en jeu pathologique 95

MESURES ESSENTIELLES POUR GARANTIR NOTRE SUCCÈS 97

Assurer la disponibilité et la qualité des ressources humaines 98

ENJEUX LIÉS AUX RESSOURCES HUMAINES 98

ORIENTATION 1 : Assurer un niveau optimal de recrutement, de rétention et d'utilisation des effectifs cadres et salariés 100

ORIENTATION 2 : Assurer le développement des compétences du personnel cadre et salarié afin de le soutenir dans la réalisation de la transformation des soins et services, la réorganisation du travail et le renouvellement des pratiques professionnelles et de gestion 102

ORIENTATION 3 : Accroître le niveau de présence au travail 104

ORIENTATION 4 : Renforcer l'implication et la mobilisation du personnel cadre et salarié 106

Investir dans les technologies et immobilisations 108

ENJEUX LIÉS AUX RESSOURCES MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES 108

ORIENTATION 1 : Assurer un rattrapage et une équité dans le financement des actifs capitalisables 110

ORIENTATION 2 : Adapter les immobilisations aux nouvelles façons de faire 112

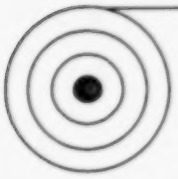
ORIENTATION 3 : Supporter le développement de la télésanté 113

CONCLUSION 115

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES FAITS SAILLANTS 117

ANNEXE 119

Sigles et abréviations 119



INTRODUCTION

— Moderniser notre réseau de santé et de services sociaux pour offrir à la population une véritable garantie régionale de services

Les régimes publics de santé traversent une période de grande incertitude. Face à un essor sans précédent des possibilités technologiques au service d'une population vieillissante dont les besoins ne cessent de croître, le système de santé moderne est devenu une entreprise complexe, aux prises avec des contraintes multiples qui menacent sa viabilité. Les politiques de santé doivent se réinventer, et le faire rapidement, dans un contexte où la santé est devenue un enjeu public capital dans notre région, au Québec, tout comme dans le reste du Canada.

De nombreuses commissions, groupes experts et scientifiques se sont penchés sur le défi majeur que représente, pour la société, le renouvellement du système de santé. Certains consensus émergent de leurs réflexions quant aux remèdes à apporter. Mais si l'on semble s'entendre sur le diagnostic et sur les principales avenues de solution à privilégier, le défi du passage à l'action demeure entier. C'est là que se situera notre contribution.

Plusieurs courants d'opinions convergent à l'appui de la conviction qui nous anime à la régie régionale : la clé de voûte du système de santé de l'avenir réside dans une organisation régionale cohérente et intégrée, au service de la santé et du bien-être d'une population définie. Les grandes politiques nationales sont des conditions nécessaires, mais elles ne suffisent pas. Les initiatives des acteurs locaux sont elles aussi essentielles, en raison de leur proximité des besoins de la population. La région émerge donc comme le carrefour par excellence pour réconcilier les impératifs de la base avec les orientations et les contraintes qui émanent des autorités démocratiques.

C'est avec cette compréhension du rôle déterminant de la gouverne régionale que nous mettons de l'avant ce plan stratégique. La Montérégie possède plusieurs atouts qui peuvent lui permettre de réaliser le renouvellement attendu du système de santé : une population nombreuse, constituée de collectivités dynamiques avec un fort sentiment d'appartenance locale; une infrastructure sociosanitaire compara-

tivement moins développée que dans les autres régions du Québec, pour laquelle il est possible et souhaitable d'orienter les choix qui présideront à son développement; une équipe à la régie régionale qui tient à faire de sa région un milieu d'excellence, soutenue dans ses efforts par des partenaires qui partagent les mêmes aspirations et des collaborateurs universitaires des régions de l'Estrie et de Montréal.

Les ingrédients de base sont présents en Montérégie pour se donner une organisation exemplaire de services sociaux et de santé et ainsi garantir à notre population des services rencontrant les standards les plus élevés. Reste à se donner un projet collectif de changement, une vision à poursuivre ensemble, des orientations claires, des cibles accessibles, des moyens pour progresser et à en faire bénéficier la population montérégienne. Le présent plan se veut un pas significatif dans cette direction.

LE CONTENU DU DOCUMENT

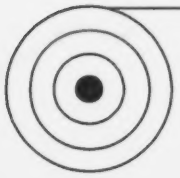
Le présent document se divise en quatre grandes parties.

Après l'introduction, la première partie expose le contexte et les principaux enjeux qui ont influencé le choix de nos priorités régionales pour 2003-2006.

La deuxième partie reprend les faits saillants du portrait de la population de la Montérégie, de sa santé générale, de la réactivité des services offerts ainsi que l'efficience globale du système régional de santé et de services sociaux.

La troisième partie du document constitue le cœur du plan stratégique : en développant autour de cinq grandes priorités régionales, nous mettons de l'avant nos choix stratégiques en précisant les orientations et les actions prioritaires qui en découlent.

Dans la quatrième et dernière section du document, nous abordons deux stratégies qu'entend adopter la régie régionale, en collaboration avec ses partenaires, afin de soutenir la mise en œuvre des priorités du plan stratégique. Ces mesures touchent spécifiquement les ressources humaines, les immobilisations et les technologies. Dans une prochaine étape, d'autres stratégies seront traitées en collaboration avec les partenaires, dont les structures participatives, l'allocation des ressources, le suivi et la reddition de compte, l'enseignement et la recherche. L'ensemble de ces stratégies viendra guider, de manière plus opérationnelle, la réalisation des orientations mises de l'avant dans le présent plan triennal.



MISE EN CONTEXTE DU PLAN STRATÉGIQUE

— Des orientations guidées par les priorités nationales et adoptant des accents régionaux

Des changements transformateurs

De nombreuses réflexions ont été menées récemment relativement à l'avenir du régime public de santé. Tous sont au fait des travaux de la Commission Clair, dont les grandes recommandations constituent l'assise du plan ministériel de la santé et des services sociaux.

Au cours des deux dernières années, ailleurs au Canada, des travaux d'une envergure comparable ont eu lieu en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Kirby, déposait en octobre 2002 le dernier d'une collection de six rapports sur la question. Les conclusions de la Commission Romanow ont quant à elles été rendues publiques en novembre 2002. Bref, on assiste à une mobilisation considérable afin de trouver des solutions durables aux difficultés réelles qu'éprouve notre régime public de santé et de services sociaux.

Certaines différences peuvent être mises en lumière quant aux orientations préconisées par chaque instance, notamment au regard des modalités de financement du système et de la place du secteur privé dans l'organisation et la dispensation des services de santé. On peut toutefois dégager de ces travaux plusieurs lignes de convergence que l'on pourrait considérer comme les dix commandements de la modernisation des régimes publics de santé :

1. Accentuer la prévention et les politiques pro-santé;
2. renforcer les services généraux de première ligne;
3. développer les services de proximité pour les clientèles vulnérables;
4. accroître la capacité de soins à domicile pour les aînés en perte d'autonomie ou en fin de vie;
5. faciliter l'accès en temps opportun aux services spécialisés;

6. assurer l'hôpital d'un financement adéquat pour répondre aux besoins de la population à desservir;
7. fonder les décisions cliniques et administratives sur les données factuelles et les pratiques éprouvées;
8. planifier, développer et valoriser les ressources humaines;
9. miser sur la régionalisation pour améliorer la gouverne;
10. évaluer la performance et en rendre compte publiquement de manière transparente.

De toute évidence, on ne pourra plus se contenter d'injecter des fonds additionnels dans le système tel qu'il existe présentement. Pour sortir des difficultés actuelles, il faudra apprendre à fonctionner différemment.

Toutefois, la région n'est pas souveraine dans le parcours à emprunter afin de renouveler le système de santé et de services sociaux. Elle ne détient que quelques leviers et elle ne peut donc en accepter seule toute la responsabilité. De nouveaux investissements devront aussi être consentis par les paliers supérieurs du gouvernement, dans le respect de leur engagement pour l'équité. La régie régionale, quant à elle, peut s'engager à déployer tous les moyens à sa disposition pour faire les pas qui relèvent de sa compétence.

Il est clair que le réalignement souhaité ne se fera pas sans heurts ni difficultés. Il nous faudra du temps, des ressources et de la détermination. Le changement s'effectuera de plus dans le cadre de la nouvelle Loi sur la gouverne (loi 28).

Cette décision du législateur introduit non seulement de nouveaux pouvoirs – pouvoir du ministre de nommer les membres du conseil d'administration et les présidents-directeurs généraux des régies régionales, nouveaux rôles des régies régionales et des présidents-directeurs généraux – mais aussi de nouveaux instruments de gestion, dont le contrat de performance et les conventions de gestion.

Ces modalités définiront dorénavant les rapports de coordination et de reddition de compte entre l'Assemblée nationale, le ministre, les régies régionales et les établissements.

Des choix stratégiques alignés sur les priorités ministérielles

Dans leur *Plan de la santé et des services sociaux* intitulé *Pour faire les bons choix*, les autorités ministérielles retiennent quatre priorités d'organisation de services qui constituent la trame de fond et l'impulsion qu'elles entendent inculquer au renouvellement du système de santé québécois. Dans la foulée des solutions émergentes préconisées par la Commission Clair, le ministre a retenu quatre secteurs prioritaires où il entend favoriser le rehaussement et

augmenter la capacité d'action afin d'améliorer la performance globale du système de santé et de services sociaux. Ces quatre priorités visent à :

- rendre plus accessibles les **services de première ligne** et confirmer leur responsabilité d'offrir à la population d'un territoire une gamme complète de services à proximité de son milieu;
- consacrer un effort particulier à la continuité des **services pour les personnes âgées**, notamment celles qui vivent avec une perte d'autonomie;
- faire de la **prévention** un engagement national en accentuant les efforts dans ce secteur non seulement au sein des services de santé et des services sociaux, mais dans l'ensemble des politiques sociales;
- offrir une garantie d'accès rapide aux **services médicaux et hospitaliers spécialisés** en réduisant, de façon significative, les listes d'attente dans les secteurs névralgiques.

Ces quatre priorités balisent les orientations de fond et les principaux développements attendus afin de diriger l'action des régions. Il s'agit là de la commande qu'il nous appartiendra de livrer régionalement. Mais pour atteindre les résultats visés, on ne pourra pas se contenter d'appliquer mécaniquement les mesures du plan national.

Il nous faudra, en effet, assurer la mise en oeuvre de ces orientations ministérielles en considérant soigneusement les besoins sociosanitaires de la population et la capacité d'agir du réseau montérégien, avec ses forces et ses limites. Les principes d'une saine gestion nous imposent de réconcilier les priorités ministérielles avec les exigences particulières de notre contexte. C'est à cette condition que nous réussirons à les traduire dans une action qui améliore les services et la santé de la population.

C'est dans cette optique qu'il convient de revenir sur les apprentissages effectués dans le cadre du précédent plan de la régie régionale afin d'en dégager les enseignements pertinents pour relever les défis à venir.

Du plan de consolidation au plan stratégique

À l'instar des autres régions sociosanitaires du Québec, le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie a traversé une période de changement accéléré à compter du milieu des années 90. Ces vagues successives de changement se sont déroulées, il faut le rappeler, dans un contexte où la région accusait un sous-financement chronique de ses programmes de services, limitant ainsi la capacité de la régie régionale à atteindre les cibles initialement identifiées dans chacun de ses deux plans antérieurs.

Soumis à la pression d'un retour à l'équilibre budgétaire, en même temps qu'à l'augmentation des coûts associés à une croissance des besoins de la population et aux technologies pour y faire face, le réseau montérégien s'est tout d'a-

bord engagé dans la mise en place de pratiques plus performantes.

Parmi les mesures implantées, on se souviendra, entre autres, de la diminution des taux d'hospitalisation au profit d'activités cliniques ambulatoires, de la réduction des modes de prise en charge institutionnels compensée par le développement de ressources plus légères dans les communautés et enfin, des réorganisations administratives marquées par la fusion d'établissements.

Ces transformations se sont réalisées dans un contexte où l'application de mesures de départ volontaire a donné lieu à un exode significatif de ressources professionnelles des établissements.

C'est sur cette base que s'est engagée l'élaboration du plan triennal de consolidation couvrant la période 1999-2002. Ce plan conviait l'ensemble du réseau à poursuivre, dans une perspective à long terme, les objectifs du « Virage santé et bien-être » (1995-1998).

Les orientations principales alors retenues visaient à assurer une accessibilité optimale aux services pour l'ensemble de la population du territoire, à offrir une gamme complète et continue de services de qualité et à soutenir le développement amorcé de ressources non institutionnelles et de maintien à domicile. Un nouveau modèle d'organisation basé sur la hiérarchisation des services prenait ainsi forme, laquelle préconisait une trajectoire de services appuyée sur une première ligne plus forte et mieux intégrée.

Le plan triennal de consolidation s'est ainsi bâti autour des programmes clientèle (ex. : santé physique, santé mentale, jeunesse, etc.) et de plans régionaux d'organisation de services (PROS). La préoccupation de l'intégration des services était déjà émergente, mais l'absence d'un cadre stratégique formel fondé sur la mise en réseaux n'a pas permis d'actualiser cette nouvelle dynamique d'intégration des services avec toute la vigueur escomptée.

Les principales réalisations qui se sont concrétisées à la faveur du plan de consolidation sont les suivantes :

- Le rehaussement global de l'offre de service à la population (prévention, traitement, soutien à domicile, réadaptation, répit, etc.);
- le déploiement de ressources d'hébergement avec programmes de services de courte ou longue durée (ressources intermédiaires, réadaptation fonctionnelle intensive, rehaussement du taux de budgétisation des CHSLD, etc.);
- la mise en place de continuum de services et de réseaux de services intégrés (toxicomanie, pédiatrie, santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, etc.);
- le soutien à la formation des intervenants (plan de services individualisé, mécanismes d'intégration des services, etc.);
- le développement du partenariat intersectoriel.

Par ailleurs, plusieurs projets pilotes ont été mis de l'avant afin d'explorer de nouvelles pratiques et de vérifier leur potentiel de déploiement à plus grande échelle. Parmi ceux-ci, soulignons

les projets de télémédecine et celui de la clinique d'évaluation interdisciplinaire pour la petite enfance présentant des retards complexes de développement.

Une garantie régionale de services

C'est donc en prenant appui sur les choix ministériels de novembre dernier et sur l'expérience acquise dans la région à travers les plans de transformation et de consolidation que nous envisageons relever le défi que pose le renouvellement du système de santé et de services sociaux pour le bénéfice des résidants de la Montérégie.

Confrontés à ce défi, nous convions les intervenants de la régie régionale et nos partenaires du réseau à s'engager ensemble afin d'assurer à la population une « garantie régionale de services » que nous souhaitons consigner et concrétiser dans cette planification stratégique régionale.

En quoi consiste cette garantie que nous proposons à la population montérégienne? Il s'agit d'un engagement à mettre en œuvre tous les moyens à la disposition de la régie régionale afin de :

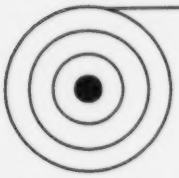
1. permettre aux personnes de maintenir un état de santé optimal le plus longtemps possible (prévenir);
2. rétablir la santé, par le biais d'interventions appropriées et efficaces, quand celle-ci est menacée ou quand un problème survient (guérir);
3. soutenir les personnes présentant des problèmes de santé ou des problèmes sociaux persistants ou irréversibles, afin de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible (soigner).

La garantie régionale de services, c'est la responsabilité morale que nous acceptons face à chacune des personnes qui vit dans la région et face à la population dans son ensemble.

C'est aussi le fondement du contrat face auquel nous nous engagerons mutuellement à la fois avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec les établissements de la région et, éventuellement, avec les régions universitaires.

Enfin, nous avons retenu l'ensemble des priorités, orientations stratégiques et actions cibles consignées dans le présent plan, après analyse et délibérations, comme étant les éléments les plus susceptibles de permettre l'atteinte de la finalité de notre action, c'est-à-dire prévenir, guérir et soigner.

La garantie que nous offrons aux résidants du territoire est donc de déployer les efforts les plus significatifs qui sont à notre portée actuellement, sur la base des besoins et des ressources que nous sommes en mesure de mobiliser à l'intérieur de la région. Elle prend acte toutefois des changements transformateurs qui sont amorcés aux paliers supérieurs de gouvernement et sur la base desquels des ressources additionnelles devraient être rendues disponibles. Il nous faudra investir ces nouvelles ressources pour renouveler les actions en faveur de la santé et du bien-être de la population montérégienne.



FAITS SAILLANTS DE LA SITUATION SOCIOSANITAIRE EN MONTÉRÉGIE

— Une population nombreuse évoluant sur un vaste territoire, jouissant d'un état de santé globalement favorable, desservie par un réseau de soins et de services relativement moins développé qu'ailleurs au Québec

Nous retenons aux fins de ce plan stratégique les éléments clés qui se dégagent au regard de la santé de la population montérégienne et de ses déterminants ainsi que de la structure, du financement et de la réactivité du système régional de la santé et des services sociaux. Nous centrerons principalement notre analyse sur la réalité de la région dans son ensemble. Ce sont les besoins qui se dégagent de ce profil qui constituent l'assise du présent plan stratégique. Ce n'est, en effet, qu'en concentrant nos efforts sur les écarts observés que nous parviendrons à une meilleure adéquation entre les ressources, les services et les besoins.

La population

Répartition

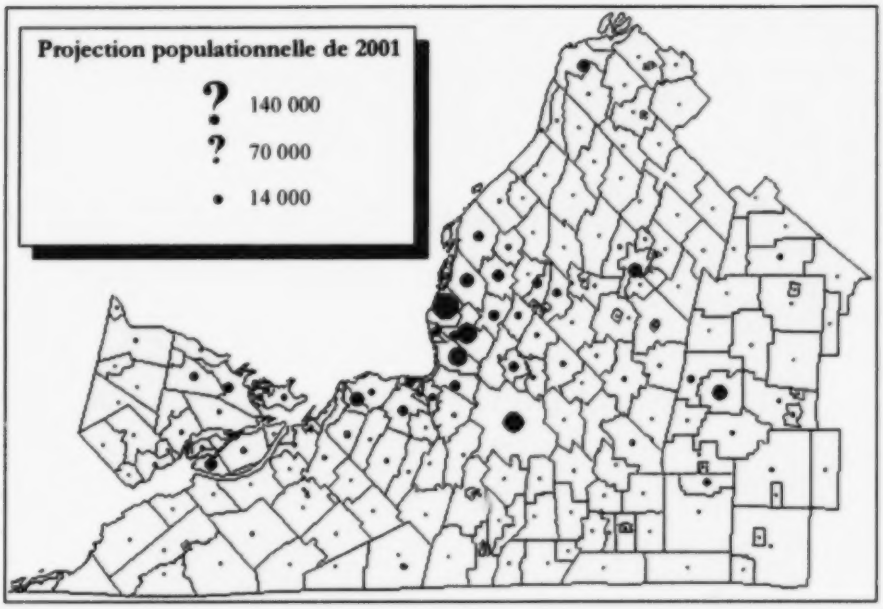
Urbanité et ruralité se côtoient en Montérégie. La région abrite une zone urbaine densément peuplée en bordure du fleuve Saint-Laurent mais la majorité de son vaste territoire se compose essentiellement d'agglomérations situées en milieu rural. L'éloignement géographique relatif de ces populations peut restreindre leur accessibilité aux services sociaux et de santé de base.

En 2001, 18 % de la population québécoise, soit 1 325 000 personnes, habitaient en Montérégie, dont 130 000 personnes d'expression anglaise et 75 000 d'origines ethniques diverses.

Structure d'âge

La population montérégienne est relativement jeune. On y dénombrait environ 300 000 jeunes de moins de 18 ans, soit 23 % de la population, contre 21 % au Québec[1*].

[1*] Les références bibliographiques portant sur les faits saillants sont regroupées à la fin du présent document.



Seulement 11 % des Montérégiens étaient âgés de 65 ans ou plus comparativement à 13 % des Québécois[1]. Cette relative jeunesse sera toutefois éphémère. En effet, les projections démographiques indiquent que la population régionale vieillira à un rythme accéléré au cours des vingt prochaines années, de telle sorte qu'en 2021, la Montérégie rejoindra le Québec. Un cinquième de la population aura alors 65 ans et plus et près d'un dixième aura 75 ans ou plus[1].

Considérant que l'avancement en âge s'accompagne généralement d'une augmentation des

Tableau 1 : Personnes âgées de 65 ans et plus au sein de la population, par groupes d'âge et taux d'accroissement
Montérégie, 2001 - 2011

Population de la Montérégie				Taux d'accroissement	
				Montérégie	Québec
Groupes d'âge	**2001**	**2006**	**2011**	**2001-2011**	**2001-2011**
65 à 74 ans	88 228	98 907	124 572	41,2 %	24,6 %
75 à 84 ans	48 288	56 994	63 223	30,9 %	22,1 %
85 ans et plus	13 969	17 211	22 058	57,9 %	54,1 %
65 ans et plus	**150 485**	**173 112**	**209 863**	**39,5 %**	**26,8 %**
Population totale	**1 324 799**	**1 352 790**	**1 375 148**	**3,8 %**	**3,3 %**

incapacités fonctionnelles affectant le niveau d'autonomie et que plus de la moitié des personnes de 75 ans et plus présente de telles incapacités, il s'agit là d'un changement démographique important auquel il faut se préparer dès maintenant[2].

Scolarité et pauvreté

Comparativement au Québec, la Montérégie présente un portrait relativement favorable au plan socioéconomique. Pourtant, certains sous-groupes de Montérégiens affrontent encore des situations de vie difficiles.

Ainsi, 16 % de la population demeure faiblement scolarisée[3]. La pauvreté représente un phénomène bien présent en Montérégie, notamment pour les personnes vivant seules, les familles monoparentales et les aînés. En 1995, près d'une personne sur cinq (18 %) en Montérégie vivait sous le seuil de faible revenu alors que dans certains territoires de CLSC, jusqu'à une personne sur trois (34 %) vivait dans la pauvreté[3, 4].

La santé de la population

La population montérégienne doit composer avec un éventail de problèmes de santé et de problèmes sociaux qu'elle a en commun avec les autres collectivités québécoises et canadiennes et, dans une large mesure, avec l'ensemble des sociétés industrialisées.

Espérance de vie

L'influence bénéfique reliée à l'amélioration des conditions de vie ainsi qu'aux progrès thérapeutiques continue d'accroître la longévité des individus. En Montérégie, l'espérance de vie à la naissance s'élève maintenant à 78,3 ans, soit une augmentation de 2,3 ans en dix ans[3].

Mortalité infantile

La diminution progressive de la mortalité infantile explique une part des progrès réalisés. Entre 1984 et 1998, le taux de mortalité infantile a chuté de 30 % en Montérégie, passant de 6,3 décès à 4,4 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux significativement plus faible qu'au Québec (5,3/1 000 en 1998) et l'un des meilleurs au Canada[3, 8].

L'ADAPTATION SOCIALE ET LA SANTÉ MENTALE : DES BESOINS CROISSANTS

Phénomène dont il ne faut pas sous-estimer l'importance, l'adaptation sociale constitue une facette importante de la santé et du bien-être d'une population. Les difficultés d'adaptation des individus à leur environnement exercent une influence considérable sur leur état de santé physique et mentale et peuvent également donner lieu à des limitations d'activités importantes. Par exemple, en 1998, 8 % de la population, soit environ 78 000 personnes, évaluaient négativement leur état de santé mentale[7]. La dépres-

sion, entre autres, contribue fortement au fardeau de morbidité et d'incapacité affectant la santé de la population.

La mortalité par suicide est particulièrement élevée en Montérégie en comparaison de régions comparables ailleurs au Canada. La perception de stress élevé est aussi davantage prévalente en Montérégie que dans les autres régions canadiennes[8]. En Montérégie, près de la moitié (45 %) des années potentielles de vie perdues reliées aux traumatismes sont attribuables au suicide[5]. La situation est cependant un peu plus favorable en Montérégie que dans l'ensemble du Québec, les taux de mortalité par suicide pour la période 1994-1998 étant respectivement de 16 décès par 100 000 et 19 décès par 100 000[3]. De manière générale, l'ampleur des problèmes psychosociaux demeure importante en Montérégie. Par exemple, le taux de grossesse chez les adolescentes est près de deux fois plus élevé en Montérégie que dans d'autres régions du Québec[3]. Chez les jeunes de moins de 20 ans, environ un individu sur trois n'a pas encore obtenu son diplôme d'études secondaires[3].

Dans le cas de certains indicateurs, la situation de la Montérégie apparaît plus favorable lorsque comparée à celle du Québec. Il en est ainsi, par exemple, pour le taux de femmes victimes de violence conjugale et le taux de prise en charge des jeunes de 0 à 18 ans[3]. On observe, par ailleurs, des variations importantes entre les territoires de CLSC de la région quant au taux de cas signalés et retenus par la DPJ. Ceci illustre à quel point une donnée régionale peut masquer des disparités sous-régionales importantes qui peuvent être associées à des niveaux de besoins différents ou à des modalités particulières d'offre de service.

Enfin, on ne peut ignorer l'importance des problèmes survenant pendant l'enfance ou l'adolescence, que ce soit les retards de développement, les troubles envahissants du développement, les troubles d'apprentissage, les situations d'abus, de violence ou de négligence.

Pour ce qui est des adolescents et des jeunes adultes, on doit ajouter certains comportements de dépendance, tels la toxicomanie et le jeu pathologique. Les enfants sont de plus en plus nombreux à vivre, souvent très jeunes, la dissolution de la cellule familiale. La structure familiale a, en effet, beaucoup évolué puisqu'en 1998, 28 % des familles ayant au moins un enfant mineur étaient reconstituées ou monoparentales comparativement à seulement 18 %, dix ans plus tôt[7].

Ces diverses situations peuvent affecter la capacité d'adaptation des enfants et des adolescents et imposer un lourd héritage, encore difficile à circonscrire, à ces adultes de demain.

LES MALADIES CHRONIQUES : UN FARDEAU IMPORTANT

Le vieillissement de la population contribue à accroître le fardeau associé aux maladies chroniques, déjà plus élevé au Québec qu'ailleurs au Canada.

Tableau 2
Taux ajustés de mortalité en Montérégie et au Québec, 1994-1998[3]
Taux annuel moyen par 100 000 personnes

Maladies	Montérégie	Québec
Maladies cardiovasculaires	271	258
Cancers	218	220
Maladies respiratoires	64	66
Ensemble des causes	729	728

Cancer, maladies cardiovasculaires et respiratoires

Le cancer ainsi que les maladies cardiovasculaires et respiratoires étaient à l'origine de 6 512 décès, soit les trois quarts de tous les décès survenus en Montérégie en 1998[5]. Entre 1994 et 1998, le nombre de Montérégiens décédés en raison d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer ou d'une maladie respiratoire a augmenté respectivement de 4 %, 13 % et 37 % [5].

Considérant le nombre important de décès qui y sont associés, ces maladies chroniques représentent également une source importante d'incapacité et de mortalité prématurée.

À l'origine du tiers des années potentielles de vie perdues (APVP) en Montérégie, le cancer se situe au premier rang, suivi des maladies cardiovasculaires (20 % des APVP)[3]. Dans ce dernier cas, la Montérégie se distingue du Québec par un taux ajusté de mortalité significativement plus élevé (271 contre 258/100 000)[3].

Cette situation semble attribuable à un excès de mortalité par cardiopathies ischémiques (161 contre 149/100 000)[3]. Par ailleurs, on estime que la prévalence du cancer s'accroît de 6 % à 8 % chaque année en raison du vieillissement de la population et l'amélioration de la survie associée aux progrès thérapeutiques.

Tableau 3
Taux ajustés d'incidence du cancer en Montérégie et au Québec, 1994-1998[3]
Taux annuel moyen par 100 000 personnes

Cancers	Montérégie	Québec
Cancer de la prostate	106	99
Cancer du sein	106	111
Cancer du poumon	73	76
Cancer colorectal	58	56
Tous les cancers	421	424

Diabète

Le diabète figure également au chapitre des maladies chroniques dont l'impact est significatif pour les personnes atteintes et qui entraîne des répercussions directes et indirectes sur le système de soins.

En effet, non seulement ces personnes nécessitent des services de santé adéquats pour la prise en charge de leur condition, mais elles sont également davantage à risque de développer des maladies cardiovasculaires. Une étude récente estimait qu'en 1999-2000, 5 % de la population montérégienne et québécoise âgée de 20 ans ou plus serait atteinte de diabète, ce qui correspondrait à environ 47 000 personnes en Montérégie[6].

Asthme

Présent dans tous les groupes d'âge, l'asthme figure parmi les problèmes respiratoires les plus fréquemment rapportés. En 1998, 6 % de l'ensemble de la population montérégienne déclarait en être atteinte[7]. Chez les 12 ans et plus, des données récemment publiées estimaient la prévalence de l'asthme en Montérégie à 10 %[8]. Les maladies respiratoires obstructives chroniques, largement tributaires du tabagisme, tout comme le cancer du poumon, sont quant à elles en croissance rapide chez les femmes[3].

UN NIVEAU D'INCAPACITÉ PRÉOCCUPANT DANS LA RÉGION

Au moins 17 % de l'ensemble de la population montérégienne vivant en ménage privé souffre d'une incapacité, celle-ci étant décrite comme modérée ou grave dans le tiers des cas[2].

Selon les données québécoises, les maladies ostéo-articulaires, cardiovasculaires, du système nerveux ou d'origine traumatique sont le plus souvent à l'origine des incapacités déclarées chez les 15 ans et plus[2]. Par ailleurs, la proportion de personnes âgées vivant à domicile et ayant des incapacités est supérieure en Montérégie (30 %) par rapport au Québec (21 %) et elle a presque doublé au cours des années 1990[7].

Malgré l'investissement déjà important des réseaux familial et communautaire, 35 % des aînés québécois ayant des incapacités n'ont pas toute l'aide dont ils auraient besoin[2]. Le soutien aux personnes âgées de même qu'aux person-

Tableau 4
Sources d'aide[1] chez les 65 ans et plus ayant des incapacités, Québec, 1998[2]

Sources d'aide	Proportion
Époux, conjoints, enfants	62 %
Amis, voisins, bénévoles, personnes apparentées	32 %
CLSC	11 %
Parents, frères, sœurs	5 %
Autres sources	32 %

nes qui leur viennent en aide revêt alors un caractère déterminant.

LES DÉTERMINANTS COMME CIBLES DE PRÉVENTION

Comment s'expliquer les observations que nous venons de poser au regard des grandes causes de mortalité et de morbidité au sein de la population? Nous avons établi ce portrait sur la base des analyses du fardeau de la maladie et les principales tendances s'expliquent en partie par les choix, comportements et habitudes de vie qu'adoptent les personnes au sein de la région.

Considérant la croissance observée et anticipée du fardeau lié aux maladies chroniques, la prévention constitue une voie incontournable. À ce titre, les habitudes de vie représentent une excellente cible.

Tabagisme

Le tabagisme demeure encore aujourd'hui la principale cause de mortalité prématurée[9, 10]. Les dernières données disponibles indiquent qu'un tiers des Montérégiens font usage de la cigarette[7].

Poids et sédentarité

De plus, le tiers des Montérégiens présentent un excès de poids et au moins la moitié sont sédentaires[7]. La présence croissante de l'excès de poids et de la sédentarité au sein de la population demeure inquiétante, en raison des impacts défavorables qui peuvent en résulter (maladies cardiaques, diabète, problèmes ostéo-articulaires, etc.) et des coûts qui seront ainsi générés dans le réseau de la santé.

Sexualité

Un mot, par ailleurs, sur les pratiques sexuelles sur lesquelles on détient peu d'informations objectives. Certains indices suggèrent que l'on assisterait à un relâchement des comportements de protection. En effet, le taux d'incidence d'infections transmissibles sexuellement a grimpé d'environ 70 % au cours des quatre dernières années, passant de 73 par 100 000 en 1996 à 126 par 100 000 en 2000.

Dépistage des maladies

La détection et le traitement précoce des personnes atteintes de maladies chroniques constituent également une stratégie digne d'intérêt, notamment en prévention du cancer.

Selon les données 1999-2000 de la RAMQ, 65 % des Montérégiennes âgées de 50 à 69 ans avaient subi une mammographie au cours des deux dernières années, que ce soit pour un dépistage ou un diagnostic, comparativement à 56 % en 1997-1998[11]. L'implantation progressive du Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en Montérégie depuis 1998 a très certainement contribué à cette amélioration.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'a toutefois pas connu une évolution aussi favorable, puisque la proportion de Montérégiennes ayant subi un test de Papanicolaou (Pap test) se maintient aux environs de 70 %[7,8].

Environnement

Enfin, la grande région montérégienne comporte des risques environnementaux significatifs pour la santé de la population. Qu'ils soient

d'origine agricole, industrielle ou liés au transport, les agresseurs biologiques et physico-chimiques posent des menaces à la qualité de l'air, de l'eau et des sols de même qu'à la sécurité de la population.

Ces risques commandent une attitude prudente qui interpelle nos partenaires des autres secteurs tout comme ceux du réseau de la santé et des services sociaux qui doivent demeurer vigilants pour signaler sans délai et intervenir précocement face à toute situation ou manifestation anormale observée dans le cadre de leur pratique.

LES INÉGALITÉS DE SANTÉ : UN SUJET DE PRÉOCCUPATION

Considérons maintenant quelques données afin de mettre en évidence le caractère hétérogène du portrait sociosanitaire de la Montérégie.

Inégalités selon le sexe

Par exemple, en Montérégie, tout comme au Québec, le taux de suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (hommes : 26 décès pour 100 000 personnes, femmes : 6 décès pour 100 000 personnes). La détresse psychologique est significativement plus fréquente chez les femmes (hommes : 18 %, femmes : 23 %)[3, 7].

Autre exemple, le taux d'incidence du cancer du poumon, qui demeure toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais qui tend à diminuer chez la gent masculine alors que la tendance inverse se manifeste chez les femmes. Ce changement s'explique par l'évolution du tabagisme chez ces dernières.

En indiquant les différences entre l'état de santé des femmes et des hommes, l'analyse différenciée selon le sexe permet de mettre en évidence la nature complexe des vulnérabilités particulières à chacun des deux sexes. Le tableau suivant illustre brièvement quelques-unes des particularités de chaque sexe en matière de santé en Montérégie.

Tableau 5
Taux ajustés d'incidence du cancer du poumon, Montérégie, 1985, 1990, 1995, 2000*
Taux annuel moyen par 100 000 personnes

Sexe	1985	1990	1995	2000*
Hommes	102,5	119,4	99,5	97,5
Femmes	30,9	35,4	44,3	55,3

* projection

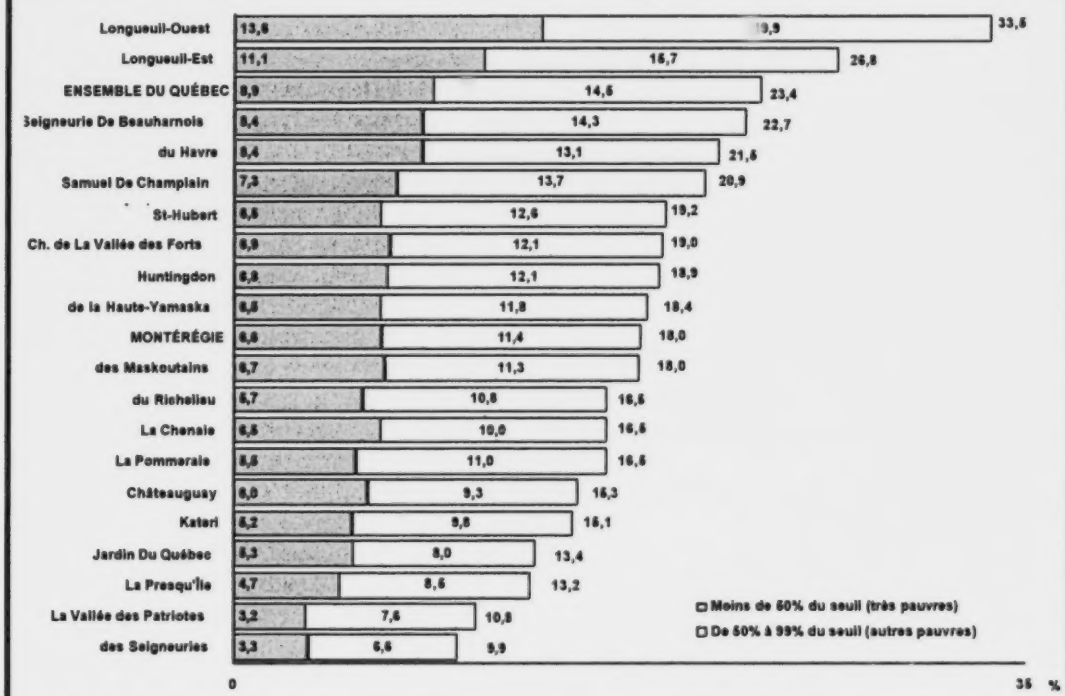
Tableau 6 Analyse différenciée selon le sexe pour quelques indicateurs, Montérégie		
Indicateurs	**Femmes**	**Hommes**
Espérance de vie à la naissance (1994-1998)	81,1 ans	75,3 ans
Espérance de vie en bonne santé (1998)	67,6 ans	65,5 ans
Taux ajusté de mortalité par suicide pour 100 000 personnes (1994-1998)	6,1	25,8
Taux ajusté de mortalité par maladie cardiovasculaire pour 100 000 personnes (1994-1998)	178	301
Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un excès de poids (1998)	23,9 %	33,3 %
Pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu (1995)	19,5 %	16,4 %
Risque de dépression probable chez les 12 ans et plus (2000-2001)	7,0 %	4,4 %
Proportion de personnes de 15 ans et plus prodiguant des soins (sans rémunération) à des personnes âgées (1996)	18,7 %	13,0 %
Taux de victimes de violence conjugale, pour 100 000 personnes (2000)	354,9	70,6

Inégalités de revenus

On ne saurait passer sous silence, non plus, le lourd tribut prélevé sur le niveau de santé des groupes de la population socio-économiquement défavorisés, et ses conséquences directes sur leurs besoins de services.

La prise en compte des inégalités de santé, définies en fonction de l'âge, du sexe, du revenu ou de la territorialité, constituera l'un des enjeux primordiaux à l'ordre du jour de la régie régionale dans le contexte de la conception et la mise en oeuvre de la présente planification stratégique.

Tableau 7
Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu, 1995
CLSC Montérégie - Québec



Le réseau de la santé et des services sociaux

Le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie comporte un nombre important d'établissements et d'organismes, soit :

- 10 CHSGS (dont 5 ont une double vocation CHSGS/CHSLD)
- 20 CHSLD publics et privés conventionnés
- 19 CLSC (dont 6 ont une double vocation CLSC/CHSLD)
- 66 ressources intermédiaires (RI)
- 1393 ressources de type familial (RTF)
- 6 centres de réadaptation (CR)
- 1 établissement pour les jeunes, soit Les Centres jeunesse de la Montérégie (CJM)
- 434 organismes communautaires subventionnés

Le budget des établissements et des organismes dans le réseau des services de la Montérégie se situe à près de 1,3 milliard de dollars en 2002-2003; 45 % de ce budget est versé aux CHSGS, 24,5 % aux CHSLD publics et privés conventionnés, 13 % aux CLSC, 7,6 % aux CR, 7,3 % aux CJM et 3 % aux organismes communautaires.

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN MONTÉRÉGIE

La première ligne est un concept qui s'appuie sur la hiérarchisation des services permettant de répondre à la majorité des problèmes courants que présente la population. Cette première ligne accueille, évalue et traite la clientèle à proximité de son milieu et, au besoin, réfère à une deuxième ligne de services plus spécialisés.

La première ligne de santé et de services sociaux offre des services généraux de base, tant préventifs que curatifs, en s'appuyant sur un plateau technique léger, disponible localement. S'adressant à toute la population sans distinction de territoire, ces services sont donc souples, polyvalents et le plus près possible du milieu de vie de la personne.

La première ligne comprend aussi des services spécifiques qui s'apparentent aux services de base par leur nature, mais ciblent néanmoins des clientèles ou des problématiques particulières pour un territoire donné.

Les services de première ligne sont constitués des services médicaux généraux dispensés dans les cabinets et les CLSC, des services sociaux, de santé et de réadaptation dans les CLSC et les organismes communautaires, des services de prévention-promotion ainsi que des services préhospitaliers.

La première ligne comprend également les services fournis par les CHSLD, les RTF et les RI. En plus d'offrir des services dans les milieux d'hébergement de longue durée et non institutionnels, les CHSLD contribuent aux services de première ligne par leurs programmes externes et leurs services de court et moyen séjour qui favorisent le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel.

Les services médicaux en omnipratique

Les ressources en omnipratique sont estimées en équivalents temps plein (ETP). Le nombre total des ETP en Montérégie correspond à 1 060 ETP et se répartit selon les proportions suivantes : 551 ETP dans les cabinets (52 %), 129 dans les CLSC (12,1 %) et 21 dans les autres milieux (2 %) en plus des 359 ETP dans les CHSGS (33,8 %). Selon les calculs du MSSS, les ressources en omnipratique en Montérégie seraient de 4 % inférieures à la moyenne québécoise. Pour ce qui est des groupes de médecine de famille (GMF), deux projets sont en attente d'approbation du MSSS tandis que 28 autres projets ont été soumis à la régie pour la deuxième phase d'implantation.

Les services de première ligne dans les CLSC

Les services de première ligne dans les CLSC sont composés des services de prévention-promotion, des services courants, du soutien à domicile et des services enfance-jeunesse-

famille. Les budgets de ces services sont estimés à 126 163 578 $ et sont répartis selon les proportions suivantes : 17,7 % pour les services de prévention-promotion, 24 % pour les services courants, 49,2 % pour le soutien à domicile et 9,2 % pour les services enfance-jeunesse-famille.

Les conclusions du rapport du Comité conjoint CLSC/RRSSS Montérégie sur les services courants de santé physique démontrent clairement la disparité de l'offre de service entre les territoires de CLSC.

Les CHSLD

La population de la Montérégie peut compter sur 5 024 lits d'hébergement, ce qui correspond à un ratio de 3,2 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus. Dans les autres régions du Québec, ce ratio varie de 3,5 à 4 lits par 100 personnes âgées. Le ratio de lits d'hébergement en Montérégie a diminué de façon importante depuis 1996, passant de 3,9 lits à 3,2 lits par 100 personnes âgées. Pour rejoindre un taux de 3,5/100 personnes âgées en 2006, le parc des places d'hébergement devrait être augmenté de plus de 1000 places.

Le niveau de financement des CHSLD pour les lits de longue durée est estimé en Montérégie selon le taux de budgétisation[17]. Ce taux, qui correspond actuellement à 75 %, varie de 70 % à 98 % selon les établissements.

Le nombre de personnes en attente d'hébergement a augmenté de façon importante de 1999-2000 à 2002-2003, passant de 310 à 822, soit une augmentation de 165 %. Le nombre de personnes en attente d'une place d'hébergement et occupant un lit dans un CHSGS a augmenté de 207 %, passant de 186 à 572. Le délai actuel d'attente est estimé à 79 jours alors qu'il était de 54 jours en 1999-2000.

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires apportent une réponse spécifique aux besoins du milieu tout en adoptant des pratiques fondées sur l'entraide, l'appropriation du pouvoir, l'expertise des intervenants et des bénévoles et le partenariat. En 2002-2003, la subvention totale de 38 millions de dollars aux organismes communautaires est répartie entre divers programmes selon les proportions suivantes : 53,4 % aux organismes communautaires en promotion et services à la communauté, 14,7 % aux services aux femmes et 1,3 % aux services aux conjoints en difficulté, 18,4 % aux services à la jeunesse et 9,2 % au maintien à domicile.

Les services ambulanciers préhospitaliers

Les services ambulanciers préhospitaliers sont coordonnés selon 24 zones. Le budget des services préhospitaliers en Montérégie correspond à 25,7 millions de dollars.

La performance globale du réseau de services de première ligne

La performance globale du réseau de la santé et des services sociaux est actuellement compromise par une première ligne poreuse. La Commission Clair a établi avec beaucoup de pertinence les principaux diagnostics associés à ce

problème d'abord et avant tout structurel de notre réseau : l'accessibilité, la continuité et la coordination des services.

Les principaux problèmes du système québécois qui touchent également la Montérégie sont :

- le manque d'effectifs et de ressources en première ligne;
- les iniquités dans la distribution des ressources et des services offerts;
- l'incohérence de l'offre;
- la fragmentation des services;
- l'utilisation inefficiente des ressources;
- l'absence de priorisation;
- l'insuffisance d'un véritable suivi de clientèle;
- l'accès difficile aux plateaux d'investigation;
- les difficultés d'articulation entre la première et la deuxième ligne.

Ces difficultés ont comme toile de fond des environnements de services hétérogènes qui mettent en relation plusieurs dispensateurs de services en première ligne avec des accès aux services très variables. Cette diversité de solutions de services est évidemment une force à maintenir dans un concept de réseau de services de première ligne, mais elle se vit actuellement comme une faiblesse en l'absence d'orientations claires visant l'intégration et la coordination des services.

Une des conséquences les plus dramatiques d'une première ligne déficiente est que les citoyens ayant besoin de services voient leur état se détériorer. L'accès limité et inégal aux services de base se fait également sentir sur la congestion de la deuxième ligne de services de deux manières :

- On voit poindre en deuxième ligne une clientèle qui aurait pu être accueillie, évaluée et traitée en première ligne;
- les services de deuxième ligne ne sont pas en mesure de retourner vers son milieu la clientèle qui ne nécessite plus de services spécialisés.

Une accessibilité insuffisante aux services généraux de base est donc non seulement coûteuse pour le réseau mais elle affecte également la population. Celle-ci se plaint avec raison, par exemple, de la difficulté à trouver un médecin de famille qui offre une continuité de soins, des horaires variables et restreints d'ouverture des CLSC, de la difficulté à avoir accès à des services en situation de crise, à du support psychosocial ou à des services de réadaptation.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN MONTÉRÉGIE

Les ressources de deuxième et troisième ligne offrent des services spécialisés et surspécialisés qui évaluent et traitent des problèmes de santé ou sociaux complexes. Elles s'appuient sur une expertise spécifique, souvent de pointe, ou sont supportées par un plateau technique sophistiqué. Les services de deuxième ligne sont généralement offerts ou organisés sur une base territoriale qui dépasse les territoires locaux des CLSC.

Les services médicaux et hospitaliers spécialisés

La Montérégie peut compter sur 485 équivalents temps plein (ETP) de médecins spécialistes en CHSGS. Selon le Plan régional des effectifs médicaux 2001-2003, il faudrait recruter 50 spécialistes supplémentaires pour répondre aux besoins de la population montérégienne.

- Capacité d'hospitalisation dans les CHSGS :
  La région dispose de 1 859 lits dressés en santé physique, ce qui équivaut à un taux de 1,4 lit par 1 000 (2001-2002). La moyenne du Québec en 2001 est de 2,17 lits par 1 000. Si on tient compte du taux de rétention des hospitalisations établi à 74 %, la capacité d'hospitalisation de la Montérégie correspond à un taux de 2,04 lits par 1 000 habitants desservis.
- Clientèle des urgences :
  Les 10 urgences de la région comptent 207 civières. En 2001-2002, 121 000 personnes ont séjourné sur civière dont 8,3 % pour une période de plus de 48 heures. De 1999-2000 à 2001-2002, on a observé une augmentation de 4,7 % des visites à l'urgence, de 8,8 % du nombre de patients sur civière, de 12,5 % du nombre de patients âgés de 75 ans et plus sur civière et de 351 % du nombre de patients séjournant plus de 48 heures à l'urgence. Durant la même période, le nombre de patients présentant un problème de santé mentale a augmenté de 579 % passant de 145 à 985

Contrairement à la majorité des régions de sa taille, la Montérégie ne peut compter actuellement que sur un seul centre hospitalier affilié, soit l'Hôpital Charles LeMoyne. C'est généralement dans ce type d'établissement universitaire que se concentrent les services ultraspécialisés. En Montérégie, la population doit généralement recourir pour ces services aux établissements universitaires des régions de Montréal ou de l'Estrie.

Le réseau hospitalier montérégien est aux prises avec une pression de services difficile à contenir. Une première source de cette pression provient de la révolution technologique en soins hospitaliers. De plus en plus d'interventions spécialisées et de technologies éprouvées sont maintenant connues et disponibles, souvent plus efficientes et comportant moins d'inconvénients pour les patients, mais à des coûts souvent très élevés. L'autre source de pression sur le secteur hospitalier est associée à une croissance constante de la demande de services en santé physique en Montérégie, alimentée par trois phénomènes évoluant concurremment :

- Le vieillissement très rapide de la population et une croissance démographique soutenue dans certains territoires;
- une hausse naturelle (non planifiée) des taux de rétention de la clientèle;
- une pression pour rapatrier des clientèles desservies dans les régions avoisinantes.

Par ailleurs, en matière d'hospitalisation en santé physique, la rétention régionale est passée de 65 % en 1991 à 74 % en 2000 et la complexité des cas traités s'est accrue. Que ces variations

soient planifiées ou pas, qu'elles résultent d'une diminution de l'accessibilité offerte par les établissements des régions voisines ou de la volonté de la population montérégienne de consommer ses services à proximité de son domicile, ce phénomène doit être pris en considération rapidement et il doit en découler une planification fondée sur une répartition équitable des ressources hospitalières locales et sur des ententes réciproques avec nos voisins.

Les services de réadaptation

Les services spécialisés de réadaptation en Montérégie sont regroupés autour de quatre grands programmes clientèle : les services visant les enfants, les jeunes et leur famille en difficulté (les CJM), les services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (les CRDI), les services de réadaptation en déficience physique (les CRDP) et les services pour la clientèle toxicomane ou ayant des problèmes de jeu (Le Virage et le Pavillon Foster).

- Les Centres jeunesse de la Montérégie forment le seul établissement régional dédié spécifiquement à l'enfance et à la jeunesse et dont les missions sont celles d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, d'un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et d'un centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation. Les services offerts par cet établissement sont diversifiés : 1) services psychosociaux dispensés dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur les jeunes contrevenants, ou en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 2) expertise à la Cour supérieure en matière de garde d'enfants, 3) adoption, 4) recherche d'antécédents biologiques et 5) services spécialisés de réadaptation dans la communauté ou en hébergement. Voici quelques données reflétant certaines activités des CJM :
  - 6 500 signalements reçus annuellement dont la moitié est retenue pour évaluation (hausse de 8,7 % de 1999-2000 à 2001-2002);
  - services dispensés à environ 3 000 enfants (surtout en protection) et à 1 300 adolescents délinquants, principalement dans les milieux de vie des enfants (65 % par des professionnels dans 14 équipes territoriales et 6 centres de réadaptation à l'externe);
  - 23 % des enfants suivis (1 000) requièrent d'être hébergés en famille d'accueil;
  - 10 % des jeunes pris en charge (400) sont placés dans des ressources de réadaptation (unités de vie, foyers de groupe, ressources intermédiaires);
  - les CJM doivent recruter, évaluer, former et soutenir 700 familles d'accueil.
- En déficience intellectuelle, les deux centres de réadaptation desservent près de 4 300 clients, de la petite enfance à la vieillesse, et ce, à partir de 72 points de services répartis sur le territoire. On y retrouve notamment 1 700 clients hébergés dans différents types de ressources dont principalement les RTF et les RI. On constate une forte croissance

de la demande, en particulier au niveau des enfants de 0 à 5 ans présentant un trouble envahissant du développement ainsi qu'au niveau des demandes d'hébergement pour la clientèle adulte en lien avec le vieillissement des parents. On note une augmentation des listes d'attente de plus de 15 % de 1999-2000 à 2001-2002. Le délai d'attente moyen est de 215 jours, soit plus de sept mois.

- En déficience physique, la région compte un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice, auditive, du langage et de la parole et un centre de réadaptation visuelle. À noter que l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) dessert des clientèles d'autres régions et offre des services surspécialisés. Pour la déficience motrice, auditive, du langage et de la parole, la liste d'attente a augmenté de 5 % au cours de la dernière année.
- En lien avec la toxicomanie et le jeu pathologique, le réseau compte deux centres de réadaptation dont un est doté de neuf points de services (Le Virage). Le Pavillon Foster dessert la clientèle anglophone de la Montérégie ou provenant d'autres régions du Québec.

La fragmentation des services et le manque de diversité dans la gamme des services psychosociaux et de réadaptation actuellement disponibles sont sans doute les problématiques dominantes de ce vaste secteur. On observe un chevauchement et une incompréhension des rôles entre les dispensateurs des services généraux d'une part, et spécialisés d'autre part. Le client doit souvent faire le lien lui-même entre les différents distributeurs de services pour répondre à ses besoins.

Cette incapacité à répondre adéquatement aux besoins de réadaptation a évidemment des impacts directs sur les clientèles. En effet, l'annonce du diagnostic amenant des incapacités significatives et persistantes entraîne, la plupart du temps, la nécessité de recourir à des services spécialisés de réadaptation. Or, faute d'une intervention précoce et de l'absence d'une gamme complète de services de première ligne, plusieurs personnes et leurs familles sont laissées à elles-mêmes ou encore prises en charge par les services spécialisés, sans recevoir pour autant tout le support attendu.

Les services de santé mentale

En 2002, le programme de santé mentale était le moins bien financé de tous les programmes clientèle en Montérégie, en plus d'être le plus déficitaire en comparaison avec les autres régions du Québec. Un rehaussement du financement de l'ordre de 58 millions de dollars serait requis pour atteindre la consommation moyenne nationale.

La Montérégie ne dispose que de 100 psychiatres pour répondre aux besoins de sa population, ce qui correspond à un psychiatre pour 13 000 habitants comparativement à un ratio d'un psychiatre pour 4 000 habitants dans la région de Montréal-Centre[15]. Compte tenu de la sectorisation en psychiatrie et tout en reconnaissant que la région de Montréal-Centre doit offrir des services surspécialisés auxquels la clientèle montérégienne a rarement accès, l'écart de disponibilité des psychiatres entre les deux régions apparaît très important.

Cette réalité se traduit dans les problématiques majeures actuellement vécues en Montérégie dont :

- le niveau de services disponibles pour les jeunes qui demeure, malgré les efforts consentis, largement insuffisant pour répondre aux besoins, sans compter les difficultés importantes à recruter des pédopsychiatres;
- la quasi-absence des services directs dans la communauté pour les adultes nécessitant un soutien de longue durée;
- un délai d'attente important pour accéder à une évaluation et à un traitement;
- une offre de service ambulatoire limitée.

DES ENJEUX PERSISTANTS RELATIFS À L'ACCÈS AUX SERVICES ET AU FINANCEMENT DU RÉSEAU

Les travaux du Comité Bédard démontrent que la Montérégie se situe au quatrième rang des régions les moins bien pourvues en ressources dans les CLSC et CHSLD. La carence en places d'hébergement et de soins de longue durée en ressources intermédiaires ou de type familial ainsi qu'en services de CLSC a des répercussions importantes sur le fonctionnement des CHSGS, telles les hospitalisations non appropriées des personnes âgées de 65 ans et plus et l'utilisation non pertinente des services d'urgence par la clientèle âgée et celle présentant un problème de santé mentale.

De plus, la région souffre d'une mauvaise répartition et d'une insuffisance des effectifs médicaux, ce qui pose un problème majeur d'accessibilité aux services de santé physique de première ligne. En effet, les données disponibles nous permettent d'observer la configuration suivante : les taux d'utilisation des services professionnels dans la communauté ont généralement tendance à être plus bas en Montérégie que dans les autres régions, comme en atteste par exemple le taux de consultation, au cours des 12 derniers mois, d'un médecin (79 %), d'un dentiste (52 %) ou d'un professionnel de la santé mentale (8,6 %); des taux inférieurs à ceux observés généralement au Québec et au Canada.

Par contre, les taux d'admission hospitalière pour des conditions propices aux soins ambulatoires, un ensemble de causes d'hospitalisation qui peuvent être prévenues ou traitées adéquatement en clinique externe ou dans la communauté, sont ici similaires à ceux des régions du Québec, mais parmi les plus élevés dans les régions canadiennes comparables. On note donc une tendance à recourir aux ressources hospitalières plus souvent ici qu'ailleurs pour des conditions de santé semblables.

Évolution des per capita et de l'indice par programme clientèle

Durant la période d'application du plan de consolidation, la région a pu compter sur l'injection de nouvelles ressources financières de plus de 200 millions de dollars. Le programme de santé physique a reçu la plus grande part des investissements avec 98 millions de dollars, suivi des programmes PAPA (23 millions de dollars), de santé publique (14 millions de dollars)

et jeunesse (10 millions de dollars). Tous les programmes clientèle, à l'exception du programme de déficience intellectuelle, ont vu leur indice relatif augmenter (*per capita* en base 100). C'est donc dire que ceux-ci ont fait des gains en termes de position relative par rapport au financement moyen provincial observé dans chacun des programmes à l'échelle du Québec.

Si l'on considère globalement l'évolution du positionnement financier du réseau montérégien en fonction de la richesse globale disponible pour l'ensemble de la province, on constate que, malgré un certain rattrapage, la région présente toujours un sous-financement relatif de tous ses programme clientèle par rapport à la moyenne provinciale. Ce manque à gagner atteint un peu plus de 200 millions de dollars en 2000-2001.

En mai dernier, le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, monsieur Legault, annonçait que le gouvernement « rétablirait un financement équitable entre les régions du Québec dans le financement accordé au réseau de la santé et des services sociaux d'ici trois ans »[21]. Le MSSS évalue alors l'écart de financement à 311 millions de dollars pour l'ensemble du Québec et à 152 millions de dollars pour la seule région de la Montérégie (49 % du total)[22].

Tenant compte de son manque à gagner, la Montérégie se voit alors octroyer une allocation de plus de 24 millions de dollars, diminuant

Tableau 8
Variation du per capita et de l'indice par programme clientèle
Montérégie 1996-1997 et 2000-2001

	1996-1997		2000-2001		
Programmes	*Per capita*	Indice base 100	*Per capita*	Indice base 100	Manque à gagner
Santé physique (sans RAMQ)[18]	483,89	97,44	491,80*	99,28	4 152 357 $
Santé mentale[18]	53,67	52,66	74,50	60,93	58 589 976 $
Personnes âgées en PA[19]	2 201,64	83,69	299,58	85,77	55 458 994 $
Jeunesse	328,50	72,2	393,83	73,77	42 609 204 $
Déficience intellectuelle[20]	50,46	90,93	56,96	74,20	26 408 920 $
Déficience physique	31,63	76,03	53,69	83,36	12 658 859 $
Santé publique	21,66	80,54	31,23	94,61	2 064 062 $
Toxicomanie	3,22	46,85	5,43	62,23	4 341 138 $
					206 283 510 $

* Pour le programme de santé physique, les données présentées sont celles de 1997-1998.

d'autant son rattrapage financier nécessaire à l'atteinte de l'objectif d'équité. Sur la base de l'engagement pris par le MSSS au printemps 2002, le réseau montérégien peut ainsi formuler son plan stratégique en s'appuyant sur un soutien financier majeur anticipé de l'ordre de 128 millions de dollars (152 millions estimés; 24 millions octroyés), et ce, dans le seul cadre du rétablissement de l'équité interrégionale.

En résumé

Certains constats ressortent clairement de cet examen de la situation de la santé et du système de santé et de services sociaux en Montérégie.

La charge attribuable aux maladies chroniques est importante. Celles-ci demeurent la principale source de mortalité évitable pour notre population et occasionnent une part significative des coûts des services pour le réseau de la santé et des services sociaux.

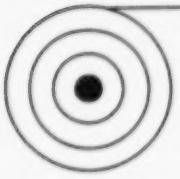
Les problèmes de santé mentale et les difficultés d'adaptation sociale, notamment chez les enfants et les jeunes, sont des phénomènes dont l'importance est croissante dans la société et la Montérégie présente des besoins notables à cet égard.

Les habitudes de vie et l'enjeu des inégalités sociales de la santé ressortent comme cibles à privilégier, tout comme l'impératif de mieux exploiter le potentiel des services préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et de soutien pour intervenir adéquatement.

Parmi les enjeux entourant les améliorations à apporter au réseau montérégien, il faut souligner l'accès inéquitable aux services de base à la population et les taux élevés d'utilisation des services d'urgence, l'accessibilité et la qualité des soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes atteintes de problèmes chroniques ou de santé mentale.

Les informations disponibles indiquent que des retards persistent dans la région au regard des ressources disponibles à l'intérieur du système de santé et de services sociaux, notamment en ce qui concerne les services de première ligne, particulièrement pour les personnes âgées, les services de santé mentale et les services de réadaptation.

Des manques importants sont également notés en deuxième ligne. Si un redressement du niveau des ressources est absolument nécessaire pour être en mesure d'assurer les services de base requis, des améliorations devront également être apportées dans l'organisation et la coordination des services aux plans local, sous-régional et régional. De plus, les collaborations avec les régions universitaires devront aussi être mises à jour.



PRIORITÉS, ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET ACTIONS CIBLES POUR 2003-2006

— Le noyau du plan stratégique qui vient concrétiser nos engagements envers une garantie régionale de services

Comme toute autre instance, les organisations de santé doivent faire des choix. Les besoins sont très grands et les ressources limitées. Sur la base des faits et de notre connaissance du milieu, il nous appartient de préciser les mesures prioritaires les plus pertinentes à notre réalité. Ainsi, les accents stratégiques à privilégier doivent coller à la spécificité de la grande région montérégienne.

Le défi qui se pose pour la modernisation du système de santé et de services sociaux de la région pourrait se résumer ainsi : coller à la spécificité de la réalité de la collectivité montérégienne, sa population, sa dynamique économique et sociale et ses ressources sociosanitaires pour la mise en application des leviers de changement que représentent les priorités ministérielles d'organisation de services.

Il est du devoir de la gouverne régionale de prendre acte des problématiques vécues en Montérégie et de toute la capacité actuellement en place dans la région. Lutter contre les maladies chroniques, maintenir en santé une population aînée de plus en plus nombreuse, préserver la santé mentale menacée d'une collectivité faisant face à un manque important de services à cet égard, gérer de manière proactive les risques à la santé qui sont présents dans le contexte montérégien, voilà certains des enjeux qui ressortent de notre bilan de la situation actuelle.

C'est à la condition expresse de garder ces particularités bien en mire que nous pourrons atteindre nos orientations stratégiques.

NOS CINQ PRIORITÉS RÉGIONALES

Avec l'ensemble de ces considérations en tête et tenant compte des enjeux régionaux que nous avons identifiés, nous proposons d'ajouter une cinquième priorité régionale aux quatre priorités avancées par le Ministère, soit la santé mentale. Ainsi, nous retenons cinq grandes priorités qui respectent le cadre ministériel, tout en englobant les accents régionaux montérégiens. Ces priorités sont :

1. Miser sur la prévention;
2. développer une première ligne incontournable;

3. adapter et rehausser les services aux personnes âgées;
4. garantir l'accessibilité des services en santé mentale;
5. garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment;

C'est donc envers la réalisation des orientations reliées aux cinq thèmes énoncés ci-haut que nous invitons la région à se mobiliser collectivement, en se rappelant les enjeux régionaux qui doivent teinter nos priorités. Nous sommes confiants qu'une telle direction est susceptible de favoriser une plus grande convergence et synergie des efforts du réseau.

Nous proposons en somme que chaque établissement ou organisme fasse siens ces thèmes et précise comment il entend unir son action à celle des autres partenaires du réseau afin d'avancer ensemble dans l'atteinte des résultats désirés. C'est également sur cette base que nous souhaiterons faire appel à nos partenaires régionaux des autres secteurs d'activités, dont les municipalités et ceux des régions universitaires pour nos ententes quant aux services de référence ainsi que pour le développement d'interventions novatrices et de connaissances nouvelles.

L'actualisation de notre vision stratégique ne résultera pas de quelques ajouts de ressources additionnelles à la marge. Elle ne pourra résulter que d'un contrat renouvelé entre les intervenants publics, privés et communautaires de la région.

Cette synergie nouvelle prendra appui, bien sûr, sur les investissements stratégiques à venir dans la région. Toutefois, elle procédera surtout d'une volonté collective de mettre en phase nos priorités d'action afin d'optimiser l'ensemble des ressources à notre disposition pour garantir à la population les meilleurs services.

C'est dans cette optique que nous présentons dans un premier temps la perspective d'intégration des interventions retenue par la régie régionale comme toile de fond de l'ensemble des actions et des partenariats qui découleront de la présente planification stratégique au cours des trois prochaines années.

Une garantie fondée sur une stratégie d'intégration des interventions

Pour renouveler le système de santé régional, nous convions l'ensemble de la régie régionale et de nos partenaires à travailler à la mise en œuvre des priorités en adoptant une perspective d'intégration des interventions et en mettant en place toutes les conditions qui y sont nécessaires.

On fait fréquemment référence au concept d'intégration ou de services intégrés, en le définissant souvent de différentes manières, ce qui peut porter à confusion. Nous clarifions dans ce qui suit la signification donnée à cette notion cruciale pour la régie régionale.

L'intégration réfère d'abord à *l'intégration des interventions* ou *l'intégration des services*. Celle-ci implique une action qui est ancrée dans les valeurs qui prédominent au sein de la collectivité, de même que dans les représentations des intervenants qui interagissent, communiquent, se coordonnent et acceptent de coopérer. Elle est largement tributaire des consensus ou normes communes qui prévalent au sein des groupes professionnels, des décideurs et gestionnaires et du niveau de cohérence entre ces différents groupes. La volonté de répondre de façon adéquate aux besoins de la population et aux attentes des citoyens constitue le fondement de l'action et lui confère sa légitimité.

Le processus d'intégration des interventions repose sur le travail concerté d'équipes multidisciplinaires travaillant en interdisciplinarité et dédiées à chaque priorité, aux niveaux local, sous-régional ou régional. Les rôles de chacun des membres tiennent compte de leurs compétences et ont été clarifiés. Ces équipes maintiennent également une articulation serrée avec les autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux, de façon à prévenir un fonctionnement en silo.

Ce sont ces équipes et les organisations qui les regroupent qui constituent le **système d'intervention**. Les principaux avantages d'une bonne intégration des interventions sont la qualité et l'efficience, étant donné qu'elles mettent à profit les habiletés de chacun et favorisent l'adoption des meilleures pratiques, de standards et la mise au point d'innovations.

Toutefois, l'intégration des interventions ne se produit pas spontanément, il faut l'encourager et la soutenir. Il s'agit de la première responsabilité du **système de gouverne**, qui doit assurer l'existence des conditions qui permettent l'orientation, le développement et le fonctionnement durable des équipes d'intervention (intégration fonctionnelle).

La contribution primordiale de la gouverne consiste à faciliter la coopération entre les disciplines et les organisations. Cet apport ne doit pas être négligé. La gouverne doit ainsi intervenir au niveau de la clarification des règles et des rôles, de l'octroi des ressources, de la circulation de l'information et des systèmes d'information, de la formation et du ressourcement, bref, dans l'ensemble des paramètres d'une saine gestion. Nous aurons besoin d'une gouverne dédiée qui assure cette bonne gestion si l'on aspire à faire de chaque priorité une construction à laquelle tous auront pu ajouter leur pierre.

Une autre condition critique pour parvenir à une intégration des interventions est la cohérence entre l'ensemble des décisions, que ce soit des priorités, des politiques, ou des plans d'action. Plus que jamais, le système a besoin d'une grande convergence et d'une certaine constance, autant de la part de la régie régionale que du ministère de la Santé et des Services sociaux et des autres acteurs gouvernementaux. L'intégration souhaitée ne peut émerger en dehors de ce creuset. On parle alors *d'intégration systémique* et de *système de politiques* bien coordonnés.

Enfin, un préalable fondamental à l'intégration est l'adhésion à une vision partagée. La vision,

c'est l'étincelle qui devient la flamme, qui donne le sens et la force d'aller de l'avant. C'est cette vision qui permet *l'intégration normative*, en l'absence de laquelle chacun va dans la direction de son choix, sur la base de sa lecture forcément limitée de la réalité complexe qui nous entoure. Une telle vision partagée ne surgit pas spontanément. Il faut plusieurs leaders qui travaillent à la promouvoir et à l'améliorer au fur et à mesure, sur la base du *feedback* et de l'évaluation de l'action.

Pour atteindre les orientations stratégiques visées dans le cadre du présent plan, il nous faudra prendre en compte et intervenir efficacement à la fois sur le système des politiques, sur le système de gouverne et sur le système d'intervention, en travaillant à l'émergence des différentes formes d'intégration poursuivies. Il nous faudra réussir à développer une culture d'interdépendance pour faire de nos priorités stratégiques un succès. Celle-ci reposera, d'une part, sur des décideurs qui se coordonnent entre eux, et d'autre part, sur des mécanismes de coordination et de collaboration aptes à encourager la coopération des équipes professionnelles. Ainsi, nous pourrons garantir à la population des services adéquats, accessibles, continus et de qualité. Si l'un des maillons ne fonctionne pas, c'est la chaîne de l'intégration qui se rompt.

Examinons maintenant les orientations stratégiques poursuivies et les principales actions considérées pour chaque priorité régionale.

Priorité 1 : Miser sur la prévention

- ORIENTATION 1.1
  Actualiser le Programme national de santé publique en Montérégie et la Loi sur la santé publique.
- ORIENTATION 1.2
  Consolider et développer les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention dans chaque territoire de CLSC.
- ORIENTATION 1.3
  Consolider et développer l'application de mesures de protection de la santé des Montérégiens.

Priorité 2 : Développer une première ligne incontournable

- ORIENTATION 2.1
  Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne.
- ORIENTATION 2.2
  Améliorer l'accessibilité et la continuité des services psychosociaux de première ligne.
- ORIENTATION 2.3
  Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne visant des clientèles spécifiques.
- *ORIENTATION 2.4*
  Développer l'accès téléphonique au service Info-Santé CLSC pour les besoins de santé physique et les besoins psychosociaux.
- ORIENTATION 2.5
  Soutenir l'action communautaire.

Priorité 3 : Adapter et rehausser les services aux personnes âgées

- ORIENTATION 3.1
  Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées.
- ORIENTATION 3.2
  Implanter des réseaux de services intégrés (RSI) pour assurer une prestation de soins et de services continue aux personnes âgées.
- ORIENTATION 3.3
  Assurer la qualité et l'évolution des pratiques et des interventions ainsi que l'adaptation des milieux de vie des personnes âgées.

Priorité 4 : Garantir l'accessibilité aux services en santé mentale

- ORIENTATION 4.1
  Poursuivre la mise en réseau de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale.
- ORIENTATION 4.2
  Assurer l'implantation des réseaux de services intégrés pour la clientèle adulte en santé mentale.
- ORIENTATION 4.3
  Poursuivre la mise en réseau de services intégrés en matière de suicide.

Priorité 5 : Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment

A. Garantir l'accès à des services hospitaliers

- ORIENTATION 5.1
  Assurer l'accessibilité et la continuité des services hospitaliers généraux, spécialisés et surspécialisés.
- ORIENTATION 5.2
  Optimiser le fonctionnement des services d'urgence.
- ORIENTATION 5.3
  Améliorer l'accès aux services hospitaliers en oncologie et en dialyse rénale et réduire les délais d'attente pour certains services spécifiques.

B. Garantir l'accès à des services spécialisés de réadaptation

- ORIENTATION 5.4
  Offrir des services rapidement et un soutien approprié aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement.
- ORIENTATION 5.5
  Améliorer, sur l'ensemble du territoire, l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique.
- ORIENTATION 5.6
  Assurer l'accessibilité et la continuité d'une gamme de services spécialisés aux jeunes en difficulté sur l'ensemble du territoire de la Montérégie.
- ORIENTATION 5.7
  Assurer l'implantation du réseau intégré en toxicomanie et consolider les services spécialisés en jeu pathologique.

Priorité 1 : Miser sur la prévention

Le développement de la prévention représente une responsabilité majeure pour notre réseau régional puisque plusieurs interventions ont été éprouvées et reconnues efficaces. Celles-ci ont fait l'objet d'un examen attentif au terme duquel elles ont été retenues dans le cadre du Programme national de santé publique diffusé en février 2003. Certaines de ces mesures, dont les mesures de vaccination, ont même le potentiel de diminuer les coûts nets des soins de santé.

De plus, la nouvelle base législative ainsi que le cadre du Programme national de santé publique offrent l'opportunité de concerter l'action du réseau sectoriel de la santé et des services sociaux avec celle des autres secteurs d'activités de la collectivité montérégienne et ainsi permettre une action renouvelée sur les déterminants de la santé et du bien-être, notamment au niveau local. À l'instar de la Commission Clair, nous reconnaissons l'urgence de prévenir et nous en faisons notre première priorité.

ORIENTATION 1.1
Actualiser le Programme national de santé publique en Montérégie et la Loi sur la santé publique

Le Programme national de santé publique constitue la principale mesure de la Loi sur la santé publique pour orienter les actions de santé publique organisées aux paliers national, régional et local. Cette loi remet à cet égard de nouvelles responsabilités aux régies régionales de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux CLSC.

AU PALIER RÉGIONAL :

- La régie régionale, par l'entremise de la Direction de santé publique, doit élaborer un plan d'action régional triennal qui répond d'une part, aux prescriptions du Programme national et d'autre part, aux particularités de la Montérégie, en concertation notamment avec les CLSC. Ce plan d'action doit être déposé au MSSS au plus tard à la fin septembre 2003.
- Un plan de surveillance de l'état de santé de la population doit être intégré au plan d'action régional. Ce dernier permettra au directeur de santé publique d'assumer ses obligations d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et enfin, d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population.
- Un rapport périodique du directeur de santé publique sur l'état de santé de la population doit être diffusé, en lien avec le rapport du directeur national de santé publique.
- Un plan de mobilisation des ressources doit être défini dans le plan d'action régional. Ce

plan doit prévoir les modalités par lesquelles le directeur de santé publique pourra mobiliser les ressources du réseau afin de protéger la santé de la population, dans l'éventualité d'une menace à la santé.

AU PALIER LOCAL :

- Les CLSC doivent élaborer un plan d'action local triennal qui répond d'une part, aux orientations inscrites dans le plan d'action régional et d'autre part, aux particularités de leur territoire, en concertation notamment avec les organismes communautaires. Ce plan doit être déposé à la régie régionale au plus tard le 31 décembre 2003. Il doit intégrer l'ensemble des services de santé publique sur le territoire du CLSC, tant de la part du CLSC lui-même que des autres ressources (organismes communautaires, cabinets privés, CHSLD, etc.).

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 1.1

Actions cibles

- Élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement le plan d'action régional de santé publique, incluant le plan de surveillance et le plan de mobilisation;
- assurer l'élaboration et la diffusion du rapport périodique du directeur régional sur l'état de santé de la population;
- soutenir l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la mise à jour régulière des plans d'action locaux.

ORIENTATION 1.2

Consolider et développer les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention dans chaque territoire de CLSC

La régie régionale s'engage, au cours des trois prochaines années, à consolider et à développer une gamme complète d'activités de nature préventive recommandées dans le cadre du Programme national de santé publique, calibrées par périodes de vie, dans tous les territoires de CLSC. Elle inscrira à son plan d'action régional les résultats qu'elle compte atteindre durant les trois prochaines années, en collaboration notamment avec les CLSC.

LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Ces pratiques incluent le counselling et le dépistage ou détection de cas. Il est important de favoriser l'intégration de ces pratiques dans l'offre de service de première ligne, en particulier celle des intervenants des CLSC, des cabinets médicaux et des GMF.

LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DES COMMUNAUTÉS

- Ces activités se basent sur la participation et la concertation des citoyens et des acteurs concernés à l'identification des problèmes de santé et de bien-être qu'ils considèrent les plus importants ainsi qu'à la définition et à la mise en place des solutions les plus appropriées. Il s'agit surtout de soutenir la concertation et les projets émergeant de la communauté.

LES PARTENARIATS INTERSECTORIELS

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux donne la responsabilité au directeur de santé publique « d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action ». L'action sur les déterminants de la santé relevant souvent d'autres secteurs d'activités, il est essentiel de favoriser les partenariats intersectoriels.

LES CAMPAGNES DE COMMUNICATION

- Plusieurs activités d'information et de sensibilisation sont prévues dans le programme national dont celles concernant la prévention des maladies chroniques, de la violence conjugale et des agressions sexuelles ainsi que le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes. Ces campagnes nécessiteront l'implication des acteurs régionaux et locaux afin de renforcer les messages du programme national.

Orientation 1.2

Actions cibles

- Soutenir l'intégration des pratiques cliniques préventives dans l'offre de service de première ligne;
- soutenir les lieux de concertation des acteurs de la communauté ainsi que les projets qui en émergent;
- favoriser le partenariat intersectoriel pour mettre en place des mesures de prévention et de promotion de la santé;
- réaliser des activités régionales et locales en soutien aux campagnes de communication provinciales.

Les actions cibles en appui à cette orientation, pour chaque période de vie, sont :

Enfance

La période périnatale et celle de la petite enfance sont des moments privilégiés pour favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents et prévenir plusieurs problèmes psychosociaux et de santé. La pauvreté, la violence conjugale, l'isolement social et les habiletés parentales déficientes sont des facteurs qui augmentent le risque que l'enfant présente un problème de développement ainsi que le risque qu'apparaissent des situations d'abus et de négligence. Ces situations peuvent entraîner des problèmes d'adaptation sociale pouvant se répercuter pendant toute la vie. Soulignons qu'au Québec, les premières causes de mortalité chez les 0 à 14 ans sont les empoisonnements et les blessures occasionnées entre autres par les traumatismes routiers.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 1.2 - Enfance

Actions cibles

EN PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT ET D'ADAPTATION SOCIALE :

- une programmation intégrée auprès de familles vivant un ensemble de facteurs de vulnérabilité dont l'extrême pauvreté, afin de favoriser le développement optimal des enfants et de prévenir un ensemble de problèmes tels les abus et la négligence, la violence : le programme « Naître égaux – Grandir en santé », le programme de soutien aux jeunes parents (moins de 20 ans) et un programme de soutien éducatif précoce pour les enfants d'âge préscolaire;
- le développement d'un réseau « Amis des bébés » pour la promotion et le soutien à l'allaitement maternel dans les 19 CLSC et les 9 centres hospitaliers;
- l'application d'un ensemble de pratiques cliniques préventives, surtout durant la période périnatale (counselling sur la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse, acide folique, dépistage, etc.);
- l'application du programme « Pour une maternité sans danger »;
- la promotion d'une saine alimentation des enfants de 0 à 4 ans.

EN PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ROUTIERS ET RÉCRÉATIFS :

- la promotion de l'utilisation des dispositifs de retenue pour enfants et de la sécurité des aires de jeux.

EN PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES :

- l'application du Programme d'immunisation du Québec.

Jeunesse

Bien que la majorité des enfants et des adolescents a un développement harmonieux, certains d'entre eux éprouvent des difficultés importantes particulièrement au niveau de l'adaptation psychosociale. C'est également durant cette période de la vie que s'installent les habitudes tabagiques, sédentaires, alimentaires et sexuelles qui expliquent tant de maladies aiguës ou chroniques à l'âge adulte. C'est pourquoi il est important d'agir sur le développement des capacités personnelles et sociales des jeunes, sur le développement d'environnements physiques et sociaux favorables ainsi que sur l'acquisition de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires. Soutenir les parents dans le rôle d'éducateur est également une action à privilégier.

Orientation 1.2 - Jeunesse

Actions cibles

EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES JEUNES ET EN PRÉVENTION DE DIFFÉRENTS PROBLÈMES :

- l'élaboration et l'implantation d'une intervention globale et concertée de type « École et communauté en santé », avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires, correspondant à un ensemble planifié de programmes, d'activités, de politiques et de services préventifs implantés dans l'école et son milieu environnant, selon les besoins identifiés. Ces actions doivent cibler prioritairement le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes, le soutien aux habiletés parentales, la création d'environnements favorables, sains et sécuritaires et le soutien social.

EN PRÉVENTION DES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE DES JEUNES :

- l'implantation du programme Fluppy visant le développement d'habiletés prosociales des enfants de maternelle et de première année dans les écoles de milieux défavorisés (53 écoles);
- l'implantation d'une intervention globale au regard de la prévention du suicide.

EN PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT, DU VIH-SIDA ET EN PRÉVENTION DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE :

- l'implantation de mesures de prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS), du VIH-sida et du virus de l'hépatite C, notamment auprès des jeunes en difficulté;
- l'accessibilité aux services de consultation en matière de sexualité, du type clinique jeunesse et l'accessibilité financière et géographique à la contraception orale d'urgence et aux services d'interruption volontaire de grossesse.

EN PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES :

- la création d'environnements favorables pour la pratique d'activités physiques, le non-usage du tabac et une alimentation saine;
- l'accessibilité à des services de cessation tabagique adaptés aux jeunes;
- l'application du Programme de services dentaires préventifs en santé publique et d'agents de scellement dentaire chez les enfants à risque de carie.

EN PRÉVENTION DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS :

- la mise en œuvre d'activités de prévention des traumatismes routiers, récréatifs et sportifs.

EN PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES :

- l'application du Programme d'immunisation du Québec.

Adultes

C'est à l'âge adulte qu'émergent les maladies chroniques, soit les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'ostéoporose, etc. Ces maladies sont en partie évitables par des activités axées principalement sur des déterminants communs, en particulier trois habitudes de vie, soit le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité. Par ailleurs, plusieurs adultes rapportent un niveau élevé de détresse psychologique et une augmentation du taux de suicide est observée.

Orientation 1.2 - Adultes

Actions cibles

EN PRÉVENTION DES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE :

- une intervention globale au regard de la prévention du suicide;
- la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues;
- la détection des cas de violence conjugale et d'agressions sexuelles.

EN PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT, DU VIH-SIDA ET DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES :

- l'implantation de mesures de prévention, incluant des services intégrés de dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS), du VIH-sida et du virus de l'hépatite C, notamment auprès des adultes appartenant à des groupes vulnérables;
- l'accessibilité financière et géographique à la contraception orale d'urgence et aux services d'interruption volontaire de grossesse.

EN PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES :

- des actions concertées en matière de sécurité alimentaire;
- l'accessibilité à des services de cessation tabagique;
- des interventions de promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables pour la pratique d'activités physiques, le non-usage du tabac et une alimentation saine;
- le dépistage du cancer du sein, du cancer du col utérin et de l'hypertension artérielle;
- la promotion de mesures optimales de fluoration;
- la promotion de moyens efficaces pour réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux et aux problèmes de la qualité de l'air.

EN PRÉVENTION DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS :

- la prévention des traumatismes routiers, récréatifs et sportifs.

EN PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES :

- l'application du Programme d'immunisation du Québec.

Personnes âgées

Le vieillissement suppose une augmentation du risque d'être atteint d'une maladie chronique ou de traumatismes entraînant souvent une incapacité ou une perte d'autonomie. Les actions visant la prévention de ces problèmes chez les adultes demeurent donc pertinentes en vue de retarder le plus possible l'apparition des problèmes chez les personnes âgées.

Par ailleurs, plus de 75 % des personnes âgées vivent autonomes et actives. Le maintien de cette autonomie est primordial et réitère l'importance de mettre en place des actions leur permettant de surmonter le mieux possible les problèmes sociosanitaires et les obstacles à la santé et au bien-être qui peuvent être associés au vieillissement.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 1.2 - Personnes âgées

Actions cibles

EN PRÉVENTION DES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE :

- l'implantation d'une intervention globale au regard de la prévention du suicide;
- la détection des cas de violence conjugale, des cas d'abus et de négligence dont les personnes âgées seraient victimes.

EN PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS :

- la promotion et le soutien de mesures de prévention des chutes auprès des personnes âgées à risque, en ciblant la capacité physique de ces personnes, la consommation adéquate de médicaments, la minimisation des risques à domicile et à l'extérieur;
- des interventions de promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables pour la pratique d'activités physiques, le non-usage du tabac et une alimentation saine;
- la promotion du Programme québécois de dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 65 à 69 ans.

EN PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES :

- l'application du Programme d'immunisation du Québec.

ORIENTATION 1.3
Consolider et développer l'application de mesures de protection de la santé des Montérégiens

Les enjeux en protection de la santé publique concernent principalement les risques à la santé liés à l'environnement, au milieu de travail et aux maladies infectieuses.

Au regard de la santé environnementale, les enjeux reposent surtout sur le caractère distinct du territoire de la Montérégie en matière de risques. Pour n'énumérer que les principaux, notons une très forte industrialisation, des activités agricoles intensives, une multitude de réseaux publics ou privés d'approvisionnement en eau potable, etc. À ces particularités territoriales s'ajoutent différentes conditions, tels le réchauffement climatique, l'émergence de pathogènes (par exemple, le virus du Nil occidental), les problématiques de menaces de terrorisme nucléaire, biologique ou chimique. Cette situation requiert une surveillance constante de l'état de santé de la population de même qu'une rapidité d'intervention en situation d'urgence lors d'une menace réelle ou appréhendée.

En ce qui a trait aux maladies infectieuses, en plus des problématiques déjà mentionnées, le phénomène de la résistance antimicrobienne représente à lui seul une menace grandissante, entre autres, en ce qui concerne la transmission nosocomiale des pathogènes.

Quant aux actions de la santé au travail, celles-ci s'inscrivent principalement dans le cadre de l'entente MSSS-CSST. Un rôle de vigie sanitaire lui est aussi dévolu.

Donc, plusieurs mesures de protection de la santé et actions de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction de santé publique sont à développer ou à consolider.

Orientation 1.3

Actions cibles

- L'application des lignes directrices pour l'investigation des cas signalés ou déclarés, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions;
- l'engagement envers une gestion de qualité des produits immunisants et l'implantation du système d'information vaccinale;
- la conduite d'enquêtes épidémiologiques et l'organisation d'activités appropriées en vue d'appliquer le règlement sur la qualité de l'eau potable;
- l'action en situation d'urgence par l'élaboration et la mise en place de plans de mesure d'urgence;
- la connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, la diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections et la diffusion des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations;
- un suivi particulier de l'état de la contamination et des risques associés au Pavillon Honoré-Mercier du Réseau Santé Richelieu-Yamaska;
- la mise en œuvre d'activités afin de diminuer les problèmes de santé liés à la qualité de l'air extérieur et intérieur;
- la mise en œuvre d'activités dans le cadre de l'élaboration et de la mise en application des programmes de santé spécifiques aux établissements afin de diminuer les problèmes de santé au travail priorisés;
- la mise en œuvre d'activités dans le cadre de l'élaboration, l'implantation, le suivi et l'évaluation de programmes provinciaux d'intervention adressant un risque spécifique ou un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier, en santé au travail.

Priorité 2 : Développer une première ligne incontournable

Le renforcement de la première ligne représente une condition nécessaire à la modernisation de notre réseau régional. C'est d'abord à ce niveau que doivent être intégrées toutes les interventions requises pour rejoindre les personnes au sein de leur milieu de vie et combler l'éventail de besoins qu'elles présentent. Les intervenants de la première ligne sont en effet concernés par chacune des priorités de ce plan, de la prévention jusqu'à la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, de troubles transitoires ou persistants de la santé mentale ou encore des personnes en perte d'autonomie. Une première ligne forte est essentielle pour réunir les compétences nécessaires et assurer l'adéquation entre les besoins de la population et les services requis. Toutefois, nos analyses révèlent que le niveau actuel et le mode d'organisation des ressources de première ligne doivent être améliorés. C'est pourquoi nous faisons du renforcement de la première ligne un élément central de ce plan stratégique.

Une accessibilité insuffisante aux services généraux de base est donc non seulement coûteuse pour le réseau mais elle est préjudiciable à la qualité des services à la population. Il est impératif que la population de la Montérégie puisse compter sur une première ligne de services forte et prévisible si nous voulons qu'elle développe le réflexe de s'y présenter. La clé de cette confiance réside d'abord et avant tout dans un accès évident, simple et facile à des services variés, de nature préventive ou curative, pour des problèmes de santé physique ou mentale ou pour des problèmes sociaux. Mais une accessibilité simplifiée ne suffit pas. Il est aussi essentiel de consolider les services de base et les services spécifiques de première ligne en ayant le double objectif de les développer et de mieux les arrimer entre eux ainsi que de créer une liaison formelle avec les services spécialisés.

Nous préconisons donc un investissement prioritaire dans le renouvellement et la consolidation de la première ligne. Nous souhaitons le renforcement des actions de prévention dans cette offre de service renouvelée. Nous comptons de plus assurer un continuum de services médicaux et psychosociaux et mettre en place des dispositifs de liaison et de continuité permettant une différenciation des rôles et des responsabilités des dispensateurs de services, des ententes et protocoles formels de services, des partages d'expertise et même un partage de ressources humaines et immobilières lorsque requis.

ORIENTATION 2.1
Améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux et de santé physique de première ligne

L'organisation actuelle des services médicaux et de santé physique de première ligne doit être revue sous différents angles complémentaires.

En premier lieu, la régie régionale entend mettre en place une cinquantaine de groupes de médecine de famille (GMF) au cours des trois prochaines années. Ceci devrait permettre la prise en charge d'un minimum de quelque 800 000 citoyens, soit près des deux tiers de la population de la Montérégie.

Les GMF accepteront la responsabilité d'une population locale et auront à lui assurer une gamme de services complète de diagnostic et traitement, en collaboration avec le CLSC du territoire et les autres établissements ainsi que des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Les GMF et le CLSC auront la responsabilité, conjointement et solidairement, de desservir la population de leur territoire et d'assurer un accès 24/7. Les GMF et les CLSC seront associés au moyen d'ententes formelles qui préciseront l'engagement des deux parties afin de garantir l'accès aux services qu'ils dispensent.

En second lieu, la régie régionale continuera à appuyer les cabinets privés et les CLSC qui, pour le moment, ne souhaitent ou ne peuvent pas s'engager dans une restructuration de leur mode de fonctionnement.

Dans le contexte de la pénurie relative en omnipraticiens que l'on retrouve dans la région, il faut corriger les inégalités dans leur répartition entre les territoires et les sous-régions. Un simple ajout d'effectifs médicaux ne suffira pas et les solutions durables se trouvent du côté de la réorganisation. Le Département régional de médecine générale s'y affairera prioritairement.

De plus, afin de faciliter la prise en charge et soutenir un mode de fonctionnement axé sur la continuité des services, la clientèle des cabinets privés, des CLSC, des unités d'enseignement en médecine familiale (UMF) et des CHSLD devra pouvoir accéder rapidement à un plateau technique d'investigation et bénéficier d'un niveau élevé de concertation des professionnels et de circulation d'information clinique.

Un troisième aspect à considérer a trait à la continuité des services médicaux, dont notamment la nature de l'interface qui existe entre la première et la deuxième ligne. L'omnipraticien doit pouvoir interagir facilement et, dans certains cas, continuer à dispenser des services de deuxième ligne en milieu hospitalier. Ces services incluent l'urgence, la consultation externe, l'hospitalisation en soins aigus, les soins intensifs, la pédiatrie, l'obstétrique, la psychiatrie, la gériatrie et les soins palliatifs.

Afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter la double utilisation des ressources (voire, dans la mesure du possible, l'hospitalisation), un défi important consiste à mieux échanger les informations cliniques en amont et en aval d'une hospitalisation. D'autres défis sont reliés à la participation des intervenants de première ligne à la planification précoce du congé du patient, incluant le transfert immédiat de l'information clinique au médecin de famille et son suivi dans son milieu de vie avec, au besoin, la coordination des services de CLSC et des services communautaires.

La régie régionale reconnaît enfin le rôle et la pertinence des services multidisciplinaires généraux de santé en CLSC. Ces services sont complémentaires aux services médicaux de base disponibles sur le territoire bien qu'ils puissent être dispensés de manière autonome. Ils comportent :

- des services d'accueil, d'évaluation et de référence;
- des services de prélèvements;
- des soins infirmiers avec ou sans rendez-vous;
- des cliniques spécifiques pour des besoins de santé particuliers;
- des services de réadaptation et de nutrition;
- des services préventifs.

Ces services généraux de santé en CLSC continueront d'avoir un rôle majeur permettant une pratique unifiée en support des groupes de médecine de famille, des cabinets et des équipes médicales en CLSC, un arrimage avec les services spécifiques de première ligne ainsi que le retour rapide des personnes dans leur milieu après un épisode de soins aigus en milieu hospitalier.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 2.1

Actions cibles

POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ :

- répartir les effectifs médicaux en omnipratique avec une plus grande équité intra-régionale;
- soutenir la formation de 50 GMF au cours des trois prochaines années;
- assurer des plages d'utilisation des services diagnostiques pour faciliter l'accès aux plateaux d'investigation;
- améliorer l'accessibilité aux services médicaux et de santé physique pour les clientèles vulnérables, en particulier pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement;
- maintenir les taux d'implication des omnipraticiens en deuxième ligne selon l'évolution des besoins territoriaux;

? ? ?

? ? ?

- développer un modèle d'organisation de services généraux de base en santé physique qui identifie les responsabilités des CH et des CLSC et assure un continuum entre les deux;
- harmoniser et consolider l'offre de service en soins infirmiers et en réadaptation dans les 19 CLSC, notamment :
  - les services infirmiers pour les clientèles nécessitant des thérapies parentérales ou aux prises avec une maladie chronique, incluant les MPOC, le cancer, le diabète, l'insuffisance cardiaque et l'asthme;
  - les services infirmiers et de réadaptation pour les clientèles postopérées et posthospitalisées;
- augmenter l'accessibilité en soins infirmiers en CLSC, sur rendez-vous et sans rendez-vous à 7 jours par semaine (81 heures par semaine).

POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ :

- assurer la concertation entre les CLSC et les GMF ou cabinets;
- développer des protocoles visant à identifier et informer le médecin de famille lors d'une visite, d'un séjour à l'urgence ou d'une hospitalisation;
- soutenir les développements technologiques favorisant l'échange d'informations cliniques;
- implanter des mécanismes formels pour la planification des congés et le suivi des clients après un séjour en deuxième ligne;
- développer un programme régional de congé précoce (périnatalité);
- élaborer et implanter des ententes cadres CH – CLSC – cabinets/GMF pour l'organisation et la dispensation de certains traitements en CLSC : MPOC, thérapies parentérales, diabète, oncologie;
- favoriser le développement de la télésanté en appui à la dispensation des soins de première ligne.

ORIENTATION 2.2
Améliorer l'accessibilité et la continuité des services psychosociaux de première ligne

La régie régionale reconnaît que l'accessibilité aux services psychosociaux de base est l'une des assises prioritaires à consolider et à harmoniser. Les CLSC sont la porte d'entrée reconnue pour cette première ligne psychosociale. Ils ont une responsabilité territoriale de mettre en place des dispositifs de liaison et de continuité pour améliorer l'offre de service aux clientèles vulnérables desservies par les services spécifiques de première ligne offerts par les cabinets, les GMF, les CLSC et les organismes communautaires, ainsi que par les dispensateurs de services psychosociaux et de réadaptation de deuxième ligne.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 2.2

Actions cibles

POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ :

- augmenter et harmoniser l'accessibilité aux services psychosociaux dans les 19 CLSC (81 heures par semaine);
- consolider les ressources psychosociales pour des clientèles spécifiques (jeunes en difficulté, PAPA, DI, DP, santé mentale, toxicomanie, lenteur intellectuelle avec problèmes associés, maladies chroniques, soins de fin de vie, etc.) et pour les problématiques ayant une portée sur l'ensemble des clientèles (en lien avec les orientations gouvernementales : violence conjugale, agressions sexuelles, condition féminine, jeu pathologique, sécurité alimentaire, réalités homosexuelles);
- assurer la mise en place dans tous les territoires d'un système d'intervenants en disponibilité pour offrir une réponse immédiate en situation de crise.

POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ :

- établir les arrimages nécessaires pour l'intervention téléphonique et l'intervention en présence 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

ORIENTATION 2.3
Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne visant des clientèles spécifiques

La régie régionale s'engage à renforcer certains services de première ligne qui sont destinés à des clientèles dites spécifiques en raison de la nature de leurs besoins et de certains facteurs liés à leur vulnérabilité. Ces services nécessitent souvent un ensemble d'activités de première ligne et, sur référence, de deuxième ligne. La coordination de cet ensemble de services est complexe et exige une intégration clinique entre les intervenants des différentes organisations impliquées. Les besoins de ces clientèles commandent aussi une contribution et une participation active du milieu de vie des gens, des proches (aidants naturels) et des groupes communautaires. La coordination des interventions, des services et des soins doit, dans cette perspective, être assurée à partir de la première ligne.

Les programmes s'adressant aux clientèles spécifiques sont :

- famille, enfance et jeunesse, dont les jeunes en difficulté;
- personnes âgées en perte d'autonomie;
- santé mentale (jeunes et adultes);
- déficience intellectuelle et troubles envahissants de développement;
- déficience physique
- toxicomanie et jeu pathologique;
- maladies chroniques;
- soins de fin de vie.

L'action de la régie régionale consistera prioritairement à :

- compléter l'offre de service spécifique en CLSC;
- améliorer l'arrimage des services spécifiques aux services de base afin de favoriser le dépistage, l'accueil, l'évaluation, l'orientation et l'intervention précoce;
- assurer une continuité avec les services de deuxième ligne.

La régie régionale reconnaît également le besoin de transformation et de développement important pour deux clientèles qui seront traitées dans des sections spécifiques du plan stratégique, soit les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Les actions cibles pour ces clientèles seront donc présentées dans leur section respective.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 2.3

Actions cibles

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE :

- développer la présence d'expertise dans les CLSC;
- assurer l'accessibilité à une gamme de services de répit sur l'ensemble du territoire.

DÉFICIENCE PHYSIQUE :

- développer la présence d'expertise dans les CLSC, notamment en ergothérapie;
- assurer l'accessibilité à une gamme de services de répit sur l'ensemble du territoire.

FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE :

- implanter le panier de services de base « Allons à l'essentiel » dans chaque CLSC et généraliser les équipes d'intervention jeunesse;
- compléter le déploiement des services d'intervention en situation de crise et du suivi intensif (5 à 17 ans);
- finaliser à 100 % le déploiement des ententes CLSC-CJM et implanter les ententes MSSS-MEQ;
- généraliser l'utilisation du plan de services individualisés (PSI) dans tous les établissements pour les clientèles avec des problématiques complexes.

TOXICOMANIE ET JEU PATHOLOGIQUE :

- implanter les activités découlant du réseau intégré de services en toxicomanie et du plan d'action relatif au jeu pathologique.

MALADIES CHRONIQUES :

- assurer la présence d'une équipe interdisciplinaire de suivi pour les personnes atteintes d'une maladie chronique dans tous les CLSC;
- assurer la concertation de tous les intervenants impliqués dans le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques (médecin de famille, équipe du CLSC et équipes spécialisées).

SOINS DE FIN DE VIE :

- élaborer et mettre en place l'offre régionale de service pour les personnes nécessitant des soins de fin de vie dans la communauté, en établissement et en résidence spécialisée d'hébergement.

ORIENTATION 2.4

Développer l'accès téléphonique au service Info-Santé CLSC pour les besoins de santé physique et les besoins psychosociaux

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie s'engage à ce que le réseau de première ligne, grâce au service Info-Santé CLSC, offre une accessibilité universelle, tant pour les besoins de santé physique que psychosociaux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les citoyens de la Montérégie ont ainsi accès en tout temps, en lien avec leurs besoins immédiats, à de l'information, des conseils professionnels et, au besoin, une référence. Le service Info-Santé CLSC, avec son volet pour clientèles inscrites au service 24/7, contribuera également aux services spécifiques à des clientèles vulnérables ciblées.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 2.4

Actions cibles

POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ :

- améliorer la pénétration du service Info-Santé CLSC au sein de tous les groupes d'âge de la population;
- améliorer le taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC pour le volet des besoins psychosociaux;
- supporter le développement du service Info-Santé CLSC en lien avec les objectifs de qualité dictés par les orientations du MSSS;
- rehausser la capacité informationnelle du service Info-Santé CLSC pour accommoder l'inscription de clientèles ciblées en coopération avec les GMF et les services dédiés aux clientèles spécifiques.

POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ :

- développer les dispositifs de liaison pour assurer une référence fluide vers les services d'intervention de crise dans le milieu, les services spécifiques de la première ligne, les réseaux de services intégrés et les groupes de médecine de famille.

ORIENTATION 2.5
Soutenir l'action communautaire

La régie régionale reconnaît l'apport important des organismes d'action communautaire autonomes et bénévoles à l'amélioration du tissu social et à la qualité de vie de la population de la Montérégie, ainsi que leur contribution dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ils sont directement interpellés pour la réalisation de plusieurs orientations contenues au plan stratégique.

La régie s'engage à poursuivre, en étroite collaboration avec l'ensemble de ses partenaires, la mise en œuvre d'actions visant la mobilisation des ressources du milieu, dans le but de répondre aux besoins de la population desservie. Elle veut notamment tenir compte des situations vécues en milieu rural et des enjeux rencontrés par les organismes communautaires multiclientèles et multiproblématiques, et encourager l'innovation dans une perspective de développement social et de partenariat.

Par ailleurs, elle s'engage à poursuivre et à compléter les travaux visant à réviser et à simplifier ses mécanismes de fonctionnement avec les organismes communautaires, en collaboration avec les représentants désignés de ce milieu.

Toutes ces démarches s'inscriront dans le respect de la pratique de l'action communautaire autonome et en conformité avec les principes énoncés dans le cadre de la politique ministérielle du Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA).

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 2.5

Actions cibles

- Dresser un portrait des ressources communautaires et bénévoles aux niveaux local et régional et procéder à l'analyse des besoins du milieu;
- rehausser le financement de base destiné à la mission des organismes communautaires et bénévoles, en se référant au Cadre de référence régissant les relations entre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et les organismes communautaires et bénévoles;
- favoriser le transfert de crédits à l'intérieur du Programme de soutien aux organismes communautaires;
- optimiser les contributions respectives des partenaires mobilisés autour de l'action communautaire (en particulier les CLSC, CDC, CLE et CLD, Centraide) par le biais, notamment, de la mise en œuvre de deux chantiers appuyés par la régie régionale :
  - l'élaboration d'un cadre de collaboration entre les établissements et les organismes communautaires qui respecte l'autonomie des pratiques et du financement de ces derniers et qui s'articule en appui aux orientations proposées dans le présent plan, dont l'implantation de RSI ;
  - l'organisation d'événements qui mettent en relief les réalisations des organismes communautaires;
- alléger les processus de la régie touchant l'allocation des ressources, le suivi, la reddition de comptes et l'évaluation.

Priorité 3 : Adapter et rehausser les services aux personnes âgées

Nous croyons qu'une révision de nos approches doit être effectuée dès maintenant afin de nous permettre de faire face au défi d'une population montérégienne vieillissante. Cet ajustement doit se faire en mode accéléré, mais doit aussi s'inspirer de l'expérience des régions ou même des autres pays qui ont vu leur pyramide d'âge s'inverser bien avant nous. Nous avons l'opportunité d'ajuster nos façons de faire en évitant les pièges, tout en s'appuyant sur les meilleures pratiques. Nous envisageons donc une opération majeure de remise à niveau de nos services, avec le souci, cependant, d'encourager l'utilisation la plus pertinente possible des ressources actuelles et à venir, en poursuivant l'objectif ultime de toujours offrir à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit.

Des efforts importants ont été déployés au cours des deux dernières décennies pour revoir l'organisation et la nature des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces transformations ont été réalisées avec l'objectif clairement établi de maintenir autant que possible la personne dans son milieu. Les résultats sont indéniables, notamment dans le développement marqué des services de soutien à domicile et la réduction de l'institutionnalisation (en réservant l'accès aux places d'hébergement aux clientèles demandant une grande intensité de services). Force est toutefois de constater que ces transformations et développements n'ont pas permis de rencontrer tous les besoins. Les services sont actuellement non seulement en nombre insuffisant, mais ils arrivent difficilement à répondre à la hausse de l'intensité des soins requis.

Mais l'insuffisance des ressources n'explique pas toutes les incapacités actuelles de notre réseau de services. Il existe des lacunes importantes qu'il est prioritaire de reconnaître et de traiter dont notamment la fragmentation des services, des modes d'organisation encore mal adaptés et trop souvent cloisonnés, une disparité importante dans la répartition des ressources, un nombre important de personnes en perte d'autonomie vivant en résidences privées d'hébergement avec des services insuffisants de même que l'engorgement des places en milieux hospitaliers occupées par cette clientèle.

Face à ces constats, la régie régionale se fixe les orientations qui suivent.

ORIENTATION 3.1

Assurer l'accès à une gamme adéquate de services adaptés pour les personnes âgées

La régie régionale reconnaît que la personne âgée en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie, quel que soit son lieu de résidence (à domicile, en résidence privée, en milieu de vie substitut ou, de manière temporaire, en séjour hospitalier), doit pouvoir compter sur une gamme de services intégrés comportant les composantes suivantes : l'information, la prévention et l'identification de cas, l'aide à la personne, l'aide aux proches, les services professionnels de base, les services spécialisés géronto-gériatriques, de psychogériatrie et de réadaptation et les soins de fin de vie.

Cette reconnaissance s'accompagne d'un engagement à procéder à des investissements importants pour soutenir le développement de la gamme de services. Cet exercice exige toutefois une mise à jour des normes de services requis, une diversification des modes de services et une reconnaissance de l'intensification des besoins des clientèles dans tout le continuum de services. De plus, la remise à niveau de la gamme de services doit se réaliser à un rythme accéléré afin de contenir l'effet de débordement observé dans le réseau hospitalier et lié à la présence toujours croissante de la clientèle âgée en perte d'autonomie.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 3.1

Actions cibles

- Rehausser prioritairement les services de soutien à domicile en CLSC afin d'assurer une meilleure réponse aux besoins;
- identifier les indicateurs de services et les niveaux de besoins des clientèles afin de compléter la gamme des services;
- diversifier et rehausser les services visant le support et le répit aux personnes en perte d'autonomie, à leur famille et à leurs proches; développer les services de surveillance-accompagnement (répit) à domicile (excluant les soins à la personne) en s'associant aux entreprises d'économie sociale; considérer la contribution des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) dans ce champ particulier de l'aide domestique;
- promouvoir le contrôle de la qualité au regard du programme d'allocations directes;
- soutenir l'actualisation de l'approche milieux de vie et la programmation par clientèle dans toutes les ressources d'hébergement (LD, RTF, RI);
- diversifier et rehausser la gamme des services qui favorisent le maintien dans le milieu (unité de courte durée gériatrique, hôpitaux de jour, centres de jour, hébergement temporaire, places d'évaluation-intervention-orientation et autres services de courts et moyens séjours);
- poursuivre le développement de nouvelles places d'hébergement en soins de longue durée (taux visé 3,5/100), en ressources intermédiaires et en ressources de type familial (taux visé de 1/100);
- rehausser le taux de budgétisation des places d'hébergement de longue durée pour atteindre un seuil minimal de 75 % et supporter l'actualisation de la programmation par clientèle;
- s'assurer que les personnes en perte d'autonomie sévère vivant en résidences privées d'hébergement reçoivent les services dont elles ont besoin.

En lien avec les services de deuxième ligne visant les clientèles adultes de 18 à 65 ans aux prises avec des problématiques autres que gériatriques (santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, TGC, LITC), les actions suivantes sont prévues :

- identifier les indicateurs de services et les niveaux de besoins;
- réserver des enveloppes budgétaires spécifiques pour chaque type de clientèle adulte autre que gériatrique (clientèles multiproblématiques);
- développer pour ces clientèles des places d'hébergement longue durée et des ressources non institutionnelles.

ORIENTATION 3.2

Implanter des réseaux de services intégrés (RSI) pour assurer une prestation de soins et de services continue aux personnes âgées

La régie régionale retient comme deuxième orientation stratégique, intimement liée à la première, d'assurer la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie dans l'ensemble de la région. Ces réseaux assureront une meilleure continuité de services, qu'ils soient préventifs, curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Ils mettront en relation l'ensemble des partenaires appelés à soutenir la personne âgée en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. Ces réseaux seront en lien étroit avec les services de santé et les services psychosociaux de première ligne, tout en établissant des mécanismes formels et efficaces de liaison et d'accès aux services spécialisés requis en deuxième ligne.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 3.2

Actions cibles

- Définir les territoires des RSI-PAPA et les populations ciblées;
- compléter l'implantation des conditions de base permettant le fonctionnement des RSI dans tous les territoires de la région (guichet unique, gestionnaire de cas, mécanismes formels de coordination et de liaison, outils communs, outil multi-clientèle informatisé);
- déployer les RSI pour rejoindre 75 à 100 % de la clientèle ciblée d'ici 2006;
- développer des ententes ou protocoles formels entre les médecins de famille ou les GMF et les RSI-PAPA;
- optimiser l'utilisation de tous les systèmes d'information clientèle : SIC-CLSC, SICHELD, SIRTF.

ORIENTATION 3.3

Assurer la qualité et l'évolution des pratiques et des interventions ainsi que l'adaptation des milieux de vie des personnes âgées

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie s'engage à soutenir de manière continue l'amélioration de la qualité des services, l'innovation, la recherche et l'expérimentation dans le domaine des services aux aînés. Cet engagement vient supporter activement les objectifs touchant les services aux personnes âgées qui établissent clairement l'importance de faire évoluer l'organisation et la nature des services.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 3.3

Actions cibles

- Proposer une vision renouvelée des modes d'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie en élaborant un modèle régional d'organisation des services géronto-gériatriques adapté aux réalités montérégiennes;
- assurer l'implantation des plans de services individualisés;
- expérimenter des solutions novatrices et alternatives à l'hébergement traditionnel;
- accorder une attention prioritaire à la mise en place de cette gamme de services dans la communauté de Saint-Hyacinthe pour soutenir la réhabilitation du Pavillon Honoré-Mercier du Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

Priorité 4 : Garantir l'accessibilité aux services en santé mentale

Cette priorité de la régie régionale prend appui sur trois observations centrales. La première, c'est que les informations disponibles révèlent clairement que les problématiques en rapport avec la santé mentale de la population sont responsables d'un fardeau substantiel, et vraisemblablement croissant, de morbidité et d'incapacité pour la population montérégienne. Deuxièmement, le niveau de ressources actuellement consenti pour intervenir face à cette problématique est nettement inférieur dans notre région comparativement à ailleurs au Québec. Troisièmement, plusieurs travaux de recherche suggèrent fortement qu'il existe un écart substantiel, ou un manque d'adéquation, entre les services rendus en santé mentale et les besoins réels de la population en cette matière.

Pour garantir l'accessibilité à des services de base aux enfants et aux jeunes aux prises avec des troubles mentaux ainsi qu'aux adultes souffrant de troubles mentaux graves, des investissements majeurs devront être faits pour permettre la mise en place d'un « filet de services » au niveau local, principalement en première ligne. Pour assurer à ces personnes les bons services, au bon moment, avec la bonne intensité, un fonctionnement de type « réseau de services intégrés » est un moyen démontré efficace et qui permet le maintien des personnes dans leur milieu de vie. Compte tenu de l'état actuel du financement des services en santé mentale, il faudra à la fois mettre en place les conditions permettant un fonctionnement de type réseau de services intégrés et prévoir les ressources supplémentaires nécessaires. De plus, pour diminuer l'incidence du suicide en Montérégie, le déploiement du Plan d'action montérégien pour la prévention du suicide s'avère une stratégie incontournable.

ORIENTATION 4.1
Poursuivre la mise en réseau de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale

Le programme « Grandir en santé mentale » en Montérégie trace le chemin pour l'implantation d'un réseau de services intégrés pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale. À terme, ce programme permettra de desservir deux fois plus de jeunes qu'actuellement. Également, il permettra d'offrir des activités d'expertise conseil des équipes de pédopsychiatrie auprès des intervenants de première ligne.

La régie régionale entend appuyer cette orientation en introduisant, dans son plan régional des effectifs médicaux, une distinction entre les effectifs en pédopsychiatrie et ceux de la psychiatrie adulte. Elle fera également les représentations nécessaires auprès des instances concernées pour favoriser le rehaussement des ressources dans les deux champs d'activité. Par ailleurs, si la pénurie de pédopsychiatres se maintient, nous devrons revoir l'organisation des services en lien avec la sectorisation et les ententes de services avec la région de Montréal.

Les actions cibles en appui à cette orientation et en conformité avec le programme sont :

Orientation 4.1

Actions cibles

- Compléter la mise en place de l'équipe santé mentale jeunesse dans chacun des CLSC;
- développer les services de répit et d'entraide aux familles;
- poursuivre le développement des mécanismes de liaison et de concertation entre les partenaires du réseau de services intégrés sur une base sous-régionale;
- développer des ressources d'hébergement dans la communauté;
- consolider le soutien clinique des pédopsychiatres et des équipes de la deuxième ligne auprès de la première ligne;
- consolider l'unité régionale dédiée aux 13 à 17 ans;
- actualiser le plan d'action pour le rapatriement de la clientèle de 0 à 17 ans consommant des services à Montréal;
- développer deux hôpitaux de jour dont un avec un programme spécifique pour la clientèle anglophone;
- consolider les équipes externes de services spécialisés.

ORIENTATION 4.2
Assurer l'implantation des réseaux de services intégrés pour la clientèle adulte en santé mentale

La régie régionale de la Montérégie entend déployer des réseaux de services intégrés dans les 19 territoires de CLSC pour les adultes – incluant les personnes âgées – ayant des problèmes majeurs de santé mentale. Cette nouvelle configuration s'inscrira dans les propositions de mise en réseau de services. Elle sera élaborée en étroite collaboration avec les utilisateurs de services et tous les partenaires concernés de chacun des sept secteurs psychiatriques et avec l'éclairage des résultats du projet de démonstration de mise en réseau de services actuellement en cours dans le territoire du CLSC Longueuil-Ouest.

Par ailleurs, les ressources humaines et financières actuellement disponibles ne permettent pas d'actualiser les orientations du Ministère au regard de la mise en réseau de services locaux. En effet, le niveau de disponibilité des services de soutien dans la communauté (l'équivalent des services de maintien à domicile pour le secteur de la santé mentale) ainsi que de soutien au travail ou aux études, atteint à peine 15 % de ce qui serait requis. Le niveau de disponibilité des autres services de proximité requis pour la mise en réseau de services (tels les équipes de santé mentale dans les dix-neuf CLSC, les services de crise ainsi que les services de réadaptation et de soutien pour les adultes vivant dans les résidences de type familial) est aussi nettement insuffisant.

Les personnes ayant eu des agissements délictuels non judiciarisés et aux prises avec des problèmes de santé mentale sont maintenant protégées en vertu de la nouvelle loi P-38.001 dans le but de leur offrir les services que leur état requiert. Celles qui ont été judiciarisées sont, quant à elles, couvertes par l'article A-672 du Code criminel. Notre région entend donc s'assurer du développement de services requis, tant en amont qu'en aval de la judiciarisation, pour desservir cette clientèle.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 4.2

Actions cibles

- Consolider le soutien dans la communauté pour atteindre 50 % des services requis : soutien intensif en équipe et intégré, soutien d'intensité variable, soutien non intensif, soutien aux études et au travail;
- consolider les services de crise, suicide, halte-crise incluant le service d'intervention en situation de crise prévu en vertu de l'article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui* pour atteindre 75 % des services requis;
- consolider les services d'hébergement substitut avec réadaptation pour atteindre 50 % des services requis;
- développer les services de base en CLSC en lien avec les omnipraticiens et les
- mettre en place les conditions de base permettant un fonctionnement de type réseaux de services intégrés (mécanismes d'accès, outils communs, protocole, formation des intervenants);
- consolider le service d'aide et d'accompagnement en promotion et défense des droits pour atteindre 100 % des services requis;
- consolider et/ou développer les services d'entraide entre pairs pour atteindre 75 % des services requis;
- consolider les services d'entraide et de soutien aux familles et aux proches pour atteindre 100 % des services requis;
- développer des services d'évaluation sommaire pour la clientèle psychiatrie-justice en faisant appel à la télé-évaluation dans les sept palais de justice, à des services d'évaluation approfondie et à des services de stabilisation et de traitement en ayant recours de façon optimale à l'expertise et l'environnement sécuritaire de l'Institut Philippe-Pinel.

ORIENTATION 4.3
Poursuivre la mise en réseau de services intégrés en matière de suicide

Le Plan d'action montérégien pour la prévention du suicide, découlant de la Stratégie d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », vient préciser les rôles et responsabilités de chacun des partenaires. La stratégie s'appuie sur les constats effectués quant aux besoins et aux services existants et mise sur une connaissance à jour des facteurs associés au suicide et sur les interventions pertinentes. Elle propose des pistes d'action globales et concrètes basées sur les ressources existantes et la nécessaire implication de tous les partenaires.

Ce plan d'action montérégien comprend tant des objectifs liés à la prévention (déjà inclus à la priorité 1, traitant de la prévention) que des objectifs liés à l'accessibilité d'une gamme de services. Les différentes orientations qu'il poursuit à cet effet sont d'assurer et consolider la mise en place d'une gamme essentielle de services, briser l'isolement des intervenants, améliorer les compétences professionnelles, intervenir auprès des groupes à risque, intensifier la recherche évaluative, la recherche sur des modes d'intervention adaptés aux populations cibles ainsi que la recherche fondamentale.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 4.3

Actions cibles

- Intensifier le déploiement des actions prévues dans le plan d'action;
- mettre en place les mécanismes nécessaires permettant un fonctionnement de type « réseau de services intégrés ».

Priorité 5 : Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment

L'un des enjeux majeurs de la modernisation des systèmes de santé, particulièrement pour un système public comme le nôtre, consiste à rendre les services spécialisés accessibles aux personnes qui peuvent en bénéficier, et ce, à l'intérieur de délais raisonnables. Pour relever ce défi, il faut cibler les services les plus utiles pour améliorer la santé de notre population et préciser les critères cliniques et les règles administratives qui en régiront l'offre et la demande. Il faut, de plus, clarifier les rôles et responsabilités, notamment des liens de collaboration entre les services spécialisés et les acteurs de première ligne et en faire un suivi approprié. C'est dans cette perspective visant à favoriser l'accès en temps opportun à des services spécialisés démontrés efficaces que nous soumettons les mesures qui suivent.

A. Garantir l'accès à des services hospitaliers

Le réseau hospitalier montérégien accuse une pression croissante sur l'offre de service qu'il s'avère difficile de contenir. À l'origine de cette pression se retrouve l'impact de la « révolution technologique » sur le milieu hospitalier. De plus en plus d'interventions spécialisées et de technologies éprouvées sont maintenant connues et disponibles, mais à des coûts souvent très élevés. Il apparaît en effet impossible de ne pas investir dans de nouvelles technologies plus coûteuses si elles offrent en contrepartie une alternative plus efficace à d'autres interventions et qu'elles comportent moins d'inconvénients pour les patients. Il en va de même pour le développement des ressources informationnelles aptes à soutenir une meilleure qualité des services.

Une autre source de pression sur le secteur hospitalier, présent en Montérégie depuis plusieurs années, est liée à la croissance continue de la demande de services en santé physique. Cette situation est générée par trois phénomènes qui évoluent concurremment :

- le vieillissement très rapide de la population et une croissance démographique soutenue dans certains territoires;
- une hausse naturelle (non planifiée) des taux de rétention de la clientèle;
- une pression pour rapatrier des clientèles desservies dans les régions avoisinantes.

De plus, le réseau hospitalier montérégien doit se mobiliser afin de se doter de stratégies concertées permettant d'améliorer son accessibilité en regard des priorités établies par le MSSS dont l'organisation des services d'urgence, la lutte contre le cancer, l'accès aux servi-

ces de dialyse rénale et la réduction des listes d'attente en chirurgie.

Il convient de souligner un dossier d'envergure qui sera mené dans la période de réalisation du plan, qui est celui de la réhabilitation du Pavillon Honoré-Mercier du Réseau Santé Richelieu-Yamaska. Ce chantier sollicitera beaucoup d'énergie et de ressources dans les mois à venir et constituera, nous le croyons, une opportunité d'explorer des stratégies de mise en réseau de manière à réduire les impacts potentiels sur les usagers.

ORIENTATION 5.1
Assurer l'accessibilité et la continuité des services hospitaliers généraux, spécialisés et surspécialisés

La régie régionale entend garantir:

- une accessibilité optimale et équitable à une gamme complète de soins et services généraux en santé physique sur l'ensemble du territoire;
- une accessibilité étendue aux services spécialisés, basée sur les pôles hospitaliers;
- une accessibilité étendue aux services surspécialisés, sur une base régionale et suprarégionale.

Le Plan régional de soins et services en santé physique déjà adopté par la régie précise le panier de services requis et les niveaux d'accessibilité étendue souhaités. Il désigne également l'Hôpital Charles LeMoyne comme pôle régional destiné à l'offre des services ultraspécialisés et des services nationaux désignés, nonobstant la reconnaissance du Centre hospitalier Pierre-Boucher pour certains services tertiaires en cardiologie.

Outre la meilleure organisation de la desserte hospitalière, des données disponibles montrent que, dans des réseaux hospitaliers comparables, le taux d'hospitalisation en Montérégie est plus élevé que dans des régions canadiennes comparables. Les causes de cette situation peuvent être multiples : pratiques hospitalières elles-mêmes, faiblesse ou absence de réseaux de services intégrés, insuffisance de services de première ligne, précarité des effectifs médicaux spécialisés tant en termes de nombre disponible que de l'étalement régional qui entraîne des petites équipes au statut précaire. Des travaux conjoints, interpellant les établissements, la régie régionale et les partenaires de la première ligne, devront être entrepris afin de saisir toutes les opportunités d'amélioration.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.1

Actions cibles

- Adapter et ajuster le panier de services en milieu hospitalier en tenant compte :
  - du rythme de déploiement des programmes de première ligne;
  - de l'harmonisation de l'accessibilité aux services diagnostiques;
  - de la réduction des iniquités sur l'ensemble du territoire;
  - des variations des contributions des régions voisines (notamment celle de Montréal) dans la dispensation de certains services spécialisés et surspécialisés;
  - des priorités établies par le MSSS;
- développer des protocoles assurant le continuum des services entre les niveaux de première et deuxième ligne;
- instaurer des mécanismes visant à dresser un portrait systématique des hospitalisations en Montérégie et à revoir les pratiques hospitalières dans le but d'optimiser le recours à un mode de traitement ambulatoire en cliniques externes, dans les établissements de première ligne et dans la communauté;
- consolider la programmation de services ultraspécialisés, particulièrement en radio-oncologie au niveau du centre hospitalier affilié universitaire, soit l'Hôpital Charles LeMoyne et en électrophysiologie au Centre hospitalier Pierre-Boucher;
- développer des modèles d'intégration clinique (équipes, réseaux, centres, etc.) visant des problématiques prioritaires de santé (ex. : VIH-sida, MCV, MPOC, etc.) ou des clientèles spécifiques (ex. : pédiatrique) en collaboration avec les CLSC, les cabinets, les GMF et tout autre établissement;
- assurer les services aux victimes d'agression sexuelle dans les six centres hospitaliers désignés;
- prendre les mesures nécessaires pour que la Montérégie dispose d'effectifs médicaux spécialisés adéquats en :
  - favorisant une meilleure répartition des effectifs en fonction de la mission des différents établissements de soins généraux et spécialisés;
  - favorisant la rétention des spécialistes dans la région;
  - adaptant le plan régional des effectifs médicaux (spécialistes) en fonction des actions découlant du plan stratégique;
  - promouvant un modèle d'organisation médicale en spécialité qui favorise la création d'entités régionales ayant comme objectif de garantir une meilleure accessibilité aux services spécialisés sur le territoire montérégien;
- conclure des ententes formelles de partenariat avec les régions voisines.

ORIENTATION 5.2
Optimiser le fonctionnement des services d'urgence

Afin de trouver une solution durable à la gestion épisodique du débordement des urgences, la régie régionale entend adopter une approche proactive qui visera à optimiser le fonctionnement des services d'urgence selon trois grands axes d'intervention : le développement des ressources informationnelles locales et régionales, l'actualisation et l'application des plans d'action de chacun des centres hospitaliers ainsi qu'une meilleure gestion et prise en charge hospitalière de la clientèle gériatrique.

En premier lieu, et ce, en étroite collaboration avec les CHSGS, la régie régionale compte adopter et implanter un système informatisé de gestion du département d'urgence (SIGDU) qui fournira des données continues sur l'activité dans les salles d'urgence de la région. Cette gestion informatisée permettra de projeter un portrait réaliste, juste et pertinent de la situation de chaque urgence.

L'accès à ces informations permettra à la régie régionale de cibler des interventions régionales pertinentes en fonction d'objectifs spécifiques à chaque CHSGS (et des situations observées dans leur salle d'urgence) et de définir des indicateurs de suivi conséquents et facilement disponibles. La régie régionale se donne comme cible que ces données soient complètes tant quantitativement que qualitativement, objectives, fiables, pertinentes, partageables et facilement disponibles au moment opportun.

Pour y arriver, la régie régionale procédera, dès cette année, en collaboration avec un centre hospitalier désigné de la région, à l'expérimentation d'un projet pilote visant à constituer un entrepôt régional de données sur les activités en salle d'urgence. Selon les recommandations qui découleront de ce projet pilote, l'expérimentation sera étendue progressivement à l'ensemble des hôpitaux de la région.

De plus, en 2003, la régie régionale entreprendra une démarche visant à valider la mise en place des mesures prévues par chacun des centres hospitaliers dans le cadre du plan d'action régional des services d'urgence.

L'attention portera principalement sur les mesures visant la réduction de la durée moyenne de séjour et des séjours excessifs. La régie régionale adhère aux cibles fixées par les orientations ministérielles établissant qu'un séjour moyen ne doit pas excéder 12 heures et qu'aucun séjour sur civière ne doit dépasser 48 heures.

Les mesures consisteront en une révision des processus de gestion à l'urgence, une coordination des admissions, un plan de décongestion et de crise, une gestion de l'utilisation des lits et une liaison avec les partenaires et programmes clientèle.

La régie régionale s'engage enfin à procéder à une évaluation de la performance des centres hospitaliers en matière de prise en charge de la clientèle gériatrique. Cette clientèle représente généralement près de 40 % de la clientèle totale d'un CHSGS et plus de 50 % des jours d'hospitalisation. Or, une meilleure prise en charge de cette clientèle, majoritairement admise par l'urgence, a des effets directs et démontrés sur la capacité de l'établissement à répondre aux besoins en soins aigus de la population générale.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.2

Actions cibles

- Actualiser et valider l'application des plans d'action dans chaque CH, particulièrement en ce qui a trait à la gestion des ressources à l'urgence et dans l'ensemble du CH, ainsi que des liens avec les partenaires du réseau;
- évaluer la prise en charge des personnes de 65 ans et plus en CHSGS, standardiser les processus, définir des indicateurs régionaux et établir des mécanismes de suivi en s'associant avec les CLSC, les CHSLD et autres intervenants du réseau;
- assurer le financement de mesures temporaires durant la période de consolidation des services de première ligne;
- déployer un système d'information sur les urgences dans chaque CHSGS, développer une banque régionale de données et assurer le suivi d'indicateurs nationaux et régionaux.

ORIENTATION 5.3

Améliorer l'accès aux services hospitaliers en oncologie et en dialyse rénale et réduire les délais d'attente pour certains services spécifiques

Personnes atteintes de cancer

S'appuyant sur le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), la régie régionale s'engage à moderniser les services de lutte contre le cancer. Nous proposons de réorganiser les services et de revoir les façons de faire afin d'adopter une approche globale des besoins de la personne atteinte et de ses proches. La régie régionale procédera à la mise en place d'un réseau intégré de lutte contre le cancer, le Réseau Cancer Montérégie (RCM).

Une offre de service intégrée implique nécessairement des liens très étroits entre les activités des acteurs de première ligne et ceux des services spécialisés. À cet égard, le renforcement des services de première ligne supportera pleinement la stratégie régionale de lutte au cancer.

En ce qui concerne la radio-oncologie et les chirurgies oncologiques, la Montérégie entend s'assurer d'une garantie d'accès permettant aux personnes atteintes de cancer de recevoir un traitement à l'intérieur des délais fixés par les cibles ministérielles. Ainsi, pour les traitements de cancer par radiothérapie, le délai maximum visé est de trois mois. Pour les traitements de cancer par chirurgie, le délai garanti sera d'un mois.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.3 - Personnes atteintes de cancer

Actions cibles

- Produire pour le 1er avril 2004 le plan d'action régional de lutte contre le cancer qui précisera, entre autres, la structure et la composition des équipes locales, régionales et suprarégionales, les rôles et les liens entre les différents partenaires impliqués et implanter subséquemment ce plan d'action;
- renforcer les liens avec les services de première ligne engagés dans la lutte contre le cancer, notamment :
  - par des modalités d'accès aux services diagnostiques et des mécanismes de référence, lorsque requis, aux services spécialisés en temps opportun;
  - par une liaison efficace avec les fonctions assumées par les GMF, cabinets privés et les CLSC en regard du dépistage, de la référence et du suivi des personnes atteintes de cancer;
- élaborer et mettre en place l'offre régionale de service pour les personnes nécessitant des soins de fin de vie dans la communauté, en établissement et en résidence spécialisée d'hébergement;
- mettre en œuvre les mesures de promotion-prévention et de dépistage pertinentes à la lutte contre le cancer;
- standardiser les pratiques, les services et offrir la formation pour assurer la meilleure qualité possible;
- consolider le rôle de l'intervenant pivot en oncologie;
- collaborer avec les régies régionales et les centres hospitaliers concernés des régions voisines pour s'assurer du respect des cibles ministérielles en radio-oncologie;
- poursuive les travaux relatifs au développement de la radio-oncologie à l'Hôpital Charles LeMoyne;
- poursuivre les travaux de recherche visant l'implantation d'un registre régional des tumeurs en Montérégie comme outil de surveillance et d'évaluation du plan d'action régional de lutte contre le cancer.

Personnes nécessitant des services de dialyse rénale

Concernant la clientèle nécessitant des services de dialyse rénale, la régie régionale vise le rapatriement graduel des clients traités hors région afin de les rapprocher de leur lieu de résidence et d'améliorer ainsi leurs conditions de vie. Actuellement, 65 % des dialysés de la Montérégie sont desservis régionalement, ce qui représente un volume de 442 dialysés. Il reste donc un peu plus de 200 clients actuellement desservis par les établissements de Montréal et Sherbrooke.

Par ailleurs, des mesures devront être prises par les centres de dialyse afin de faciliter l'autoprise en charge de certains patients dialysés, en tenant compte des capacités physiques et des habiletés des personnes à assumer ce degré d'autonomie. Les centres qui n'offrent pas actuellement de services de prédialyse devront en développer afin d'augmenter le support à la clientèle insuffisante rénale et retarder ainsi le plus possible son entrée en dialyse.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.3 - Dialyse rénale

Actions cibles

- Faire un plan de développement permettant de répondre aux besoins de la croissance de nouveaux cas;
- développer des services de prédialyse dans les CHSGS qui n'en offrent pas;
- créer des places supplémentaires dans les secteurs où la demande est élevée et rapatrier graduellement, autant que possible, la clientèle dialysée hors région près de son milieu de vie;
- optimiser dans toutes les sous-régions les services de dialyse dits autonomes en visant une cible réaliste (actuellement à 37 % globalement) fixée de concert avec les spécialistes consultés;
- soutenir le développement du centre satellite de l'Hôpital Charles LeMoyne qui permettra d'offrir des services d'hémodialyse conventionnelle et semi-autonome à une clientèle stable, incluant le suivi systématique de la clientèle en dialyse péritonéale (DPAC) et en prédialyse.

Réduction des délais d'attente pour certains services

En Montérégie comme au Québec, les cas urgents sont toujours traités en priorité, qu'ils fassent partie ou non d'une liste d'attente.

Par contre, en matière de chirurgie dans certains secteurs cibles (chirurgie de la cataracte, installation de prothèses de la hanche et du genou), la Montérégie ne fait toutefois pas exception : comme dans l'ensemble du Québec, même si le nombre d'interventions augmente annuellement, les listes d'attente ne cessent de croître parallèlement, et ce, principalement à cause du vieillissement de la population.

Le soutien financier accordé annuellement depuis 1998 a permis une certaine diminution des listes d'attente dans ces trois secteurs, mais les délais demeurent encore largement au-delà de ce qui est souhaité dans certains centres hospitaliers.

En matière de chirurgie cardiaque, d'hémodynamie et d'électrophysiologie, le Ministère situe l'organisation de ces services à un niveau tertiaire et favorise la concentration de l'offre de ces services. En Montérégie, seul le Centre hospitalier Pierre-Boucher offre des services de niveau tertiaire en cardiologie, notamment en hémodynamie à des fins diagnostiques et thérapeutiques. La Montérégie n'est toutefois pas autosuffisante dans le champ de l'hémodynamie de sorte que plus de 60 % de la clientèle montérégienne obtient toujours ses services dans les régions universitaires voisines.

Par ailleurs, l'intérêt de la Montérégie à rendre accessibles des services en électrophysiologie sur son territoire, notamment au Centre hospitalier Pierre-Boucher, demeure présent. Comme ces services sont obtenus en large partie à Montréal et à Sherbrooke, il faudra avoir un portrait clair des contributions de ces régions et travailler en collaboration avec les régies régionales et les centres hospitaliers concernés pour que les cibles du Ministère soient respectées, notamment par des ententes de partenariat ou des corridors de services.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.3 - Délais d'attente

Actions cibles

- Assurer la mise en place de conditions de réalisation des objectifs fixés par le MSSS en ce qui a trait au suivi systématique des listes d'attente : implantation de nouveaux systèmes d'information, ajustement du plan d'effectifs médicaux pour disposer de chirurgiens, ophtalmologistes et orthopédistes en nombre suffisant, prévision par les centres hospitaliers de temps opératoire suffisant, rehaussement des ressources requises;
- s'assurer que les nouvelles approches chirurgicales sont utilisées au maximum et favoriser la formation lorsque requis;
- évaluer l'opportunité d'implanter un modèle d'organisation de services pour l'ophtalmologie, notamment par la concentration des services dans certains centres spécialisés ayant un gros volume;
- collaborer avec les régies régionales et les centres hospitaliers des régions voisines pour que les délais prescrits pour la chirurgie cardiaque, l'hémodynamie et l'électrophysiologie soient respectés.

B. Garantir l'accès à des services spécialisés de réadaptation

Le développement de la première ligne permettra aux intervenants de la deuxième ligne de contrer leurs actions auprès de la clientèle ayant des besoins complexes et nécessitant une expertise et des services spécialisés. Néanmoins, les établissements régionaux de réadaptation, conscients de la superficie du territoire de la Montérégie, ont développé abondamment les services de proximité afin d'intervenir le plus près possible des milieux de vie de leur clientèle.

Cette approche demeure une orientation qui sera poursuivie, même si cela représente des coûts importants d'infrastructure et de déplacement. Dans ce contexte, les projets de partenariat, de concertation et de partage d'expertises, notamment avec la première ligne, sont des éléments clés qui seront supportés.

Bien que les problématiques soient variées et complexes dans chaque secteur, la régie régionale entend assurer la réalisation des objectifs de transformation de ses services spécialisés de réadaptation en ayant comme toile de fond quatre orientations majeures :

- La consolidation en première ligne des services de base et la concentration en deuxième ligne des services spécialisés, tout en conservant une philosophie d'intervention de proximité;
- le renforcement des liens fonctionnels entre les services locaux et spécialisés et la création de réseaux intégrés;
- le développement de services pour les clientèles avec des problématiques nouvelles et/ou complexes;
- l'application de la stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille.

ORIENTATION 5.4

Offrir des services rapidement et un soutien approprié aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

La régie régionale de la Montérégie reconnaît qu'un enfant atteint d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement qui reçoit des services d'intervention précoce, de bonne intensité, maximisera son potentiel de développement. C'est pourquoi, nous comptons privilégier un mode d'intervention précoce auprès des enfants de 0 à 5 ans dans la mise en place de nouveaux services.

Actuellement, plusieurs enfants attendent des services de la part des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de notre région. Les enfants desservis reçoivent à peine quelques heures d'intervention par semaine.

Compte tenu de l'augmentation des demandes de services, il est impossible pour les CRDI de répondre adéquatement aux problématiques complexes. C'est pourquoi il devient prioritaire pour la régie régionale d'assurer l'accessibilité à une gamme appropriée de services pour répondre aux besoins de ces personnes.

Enfin, la régie régionale entend actualiser le Plan d'action de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux autres proches.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.4

Actions cibles

- Augmenter à 5 heures le nombre d'heures d'intervention par semaine et réduire le délai d'attente auprès des enfants de 0 à 5 ans;
- adapter et développer des services pour répondre aux différentes problématiques associées à la déficience intellectuelle (troubles graves du comportement, santé mentale, vieillissement) et aux troubles envahissants du développement avec ou sans déficience intellectuelle;
- développer des ressources résidentielles adaptées aux problématiques complexes (déficiences associées, troubles graves du comportement et troubles envahissants du développement).

ORIENTATION 5.5

Améliorer, sur l'ensemble du territoire, l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique

La régie régionale reconnaît que les enfants de 0 à 5 ans en Montérégie n'ont pas accès à la même gamme de services d'une sous-région à l'autre. Actuellement un grand nombre de ces enfants sont en attente pour obtenir un premier service en déficience physique du Centre montérégien de réadaptation et plusieurs autres sont en attente de services supplémentaires, surtout au niveau des troubles du langage et de la parole.

En ce qui concerne le groupe des 5 à 18 ans, les services sont aussi insuffisamment développés. Il en est de même pour la clientèle des enfants et adolescents présentant d'autres problématiques pour lesquelles le centre de réadaptation en déficience physique est appelé à intervenir en collaboration avec ses partenaires (déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement ou toute autre incapacité significative et persistante associée).

D'autre part, faute de place, certains enfants doivent présentement être hospitalisés à long terme à Montréal, d'où l'urgence de développer des ressources d'hébergement pour les enfants ayant une déficience physique et nécessitant des soins de santé importants.

En l'absence de ressources suffisantes pour fournir des services en déficience motrice, auditive et du langage et de la parole, de nombreux adultes de 18 à 65 ans doivent aller à l'extérieur de la région pour recevoir leurs services. Enfin, la régie reconnaît que les personnes âgées ayant une déficience visuelle sont de plus en plus nombreuses à recourir à l'hébergement en raison du manque de services de réadaptation.

La régie régionale entend donc compléter la gamme de services spécialisés d'adaptation-réadaptation et de soutien à l'intégration sociale pour ces clientèles et, de manière prioritaire, pour les personnes de 0 à 18 ans.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.5

Actions cibles

- Mettre en place les ressources pour que le Centre montérégien de réadaptation assure, dès la fin de l'épisode de soins aigus et de réadaptation précoce, les services spécialisés de réadaptation (internes et externes) et de soutien à l'intégration pour la clientèle adulte ayant subi un traumatisme cranio-cérébral, une blessure médullaire (phase externe seulement) ou des blessures orthopédiques graves;
- développer des ressources résidentielles substituts pour les enfants ayant une déficience physique et nécessitant des soins de santé importants;
- atteindre 100 % de l'offre des services spécialisés d'adaptation-réadaptation et de soutien à l'intégration sociale pour la clientèle âgée de 0 à 18 ans ayant une déficience motrice, auditive, du langage et de la parole;
- mettre en place les ressources spécialisées nécessaires d'adaptation-réadaptation et de soutien à l'intégration sociale pour la clientèle des personnes âgées ayant une déficience visuelle;
- amorcer l'offre des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale aux adultes ayant une déficience motrice, du langage et de la parole, de manière à couvrir 50 % des besoins.

ORIENTATION 5.6

Assurer l'accessibilité et la continuité d'une gamme de services spécialisés aux jeunes en difficulté sur l'ensemble du territoire de la Montérégie

Les Centres jeunesse de la Montérégie maintiennent des efforts constants pour assurer l'accessibilité aux services de protection et à ceux de réadaptation le plus près possible des milieux de vie des jeunes, la continuité et l'intensité des services par l'élaboration des programmes spécifiques et l'utilisation d'outils cliniques.

Cependant, la régie régionale constate la présence de listes d'attente à plusieurs étapes du processus, des difficultés à fermer les unités de désengorgement qui doivent être mises en perspective avec la fermeture d'un nombre important de places d'hébergement depuis le 1er avril 2002, une augmentation significative des signalements reçus (soit une augmentation de 15 % par rapport à la même période l'an dernier) de même que l'utilisation de la protection de la jeunesse et des services d'hébergement des CJM pour des clientèles jeunesse multiproblématiques.

De plus, à compter d'avril 2003, les CJM en collaboration avec les partenaires de la justice, de la sécurité publique et du milieu communautaire devront appliquer une nouvelle loi, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA) et le défi sera de taille : on retrouve en Montérégie 22 % des jeunes délinquants de la province.

Dans ce contexte, la régie régionale s'engage à supporter les efforts découlant du plan de relance organisationnelle, à développer les services afin de combler les lacunes dégagées par les constats régionaux et à arrimer les services spécialisés avec les services de base de première ligne.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.6

Actions cibles

- Soutenir l'actualisation du plan de transformation des CJM, entre autres par le déploiement des CSRE et supporter la transformation des pratiques;
- développer des services de traitement et de suivi pour les clientèles multiproblématiques;
- augmenter les services notamment en protection de la jeunesse afin de répondre aux demandes issues de l'augmentation des signalements;
- appliquer la nouvelle *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA);
- soutenir la création de carrefours sociomédicaux.

ORIENTATION 5.7

Assurer l'implantation du réseau intégré en toxicomanie et consolider les services spécialisés en jeu pathologique

Les services spécialisés en toxicomanie concernent la désintoxication sous différentes modalités d'intervention, la réadaptation et la réinsertion sociale. L'accroissement continu de la demande excède l'offre de service et soumet régulièrement la clientèle à une liste d'attente.

De mai 2001 à mars 2002, plus de 500 personnes ayant un problème de jeu pathologique ont bénéficié de services spécialisés de traitement. Bien que ce programme soit récent (un an d'expérimentation), on constate déjà une liste d'attente moyenne de 30 personnes. Actuellement, il n'existe aucun service de détection de cas et d'intervention précoce.

Le Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005 identifie aux régies régionales les actions à mettre en œuvre pour répondre aux orientations nationales.

Face à ces constats, la régie régionale entend :

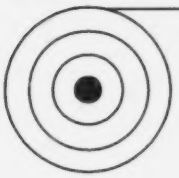
- développer la gamme de services, particulièrement auprès des 12 à 25 ans, essentiels à l'implantation du réseau intégré en toxicomanie;
- rehausser l'accessibilité des services spécialisés le plus près possible du milieu de vie des personnes.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 5.7

Actions cibles

- Financer des places d'hébergement dans les organismes communautaires certifiés qui adhèrent au réseau intégré en toxicomanie;
- déployer 50 % des centres de jour requis pour répondre aux besoins de la clientèle toxicomane jeunes et adultes;
- consolider les services spécialisés en externe en toxicomanie;
- rehausser le nombre d'intervenants formés en traitement avec le Programme La-douceur et implanter les services d'intervention financière pour le jeu pathologique.



MESURES ESSENTIELLES POUR GARANTIR NOTRE SUCCÈS

— Des conditions à mettre en place pour garantir notre succès

La régie régionale s'engage dans ce plan stratégique triennal à offrir à la population de la Montérégie une garantie de services qui s'appuie sur des objectifs précis d'amélioration de notre capacité régionale en matière de prévention, de première ligne, de services aux personnes âgées, de services de santé mentale et de services spécialisés. Le principal résultat escompté sera d'inverser la pyramide de services qui reposera d'abord sur les services de base et de proximité afin d'assurer aux citoyens une réponse, près de chez eux, à la majorité de leurs besoins. Ce réajustement de la capacité des services dans la région facilitera du même coup l'accès aux soins d'urgence et aux services spécialisés en temps opportun lorsque ceux-ci sont nécessaires.

Cette offre de service renouvelée, davantage conforme aux besoins des personnes et de la collectivité et plus accessible dans les différents milieux de vie, devra être dispensée par des équipes professionnelles et des organisations performantes qui assument leur rôle de façon responsable et qui coopèrent efficacement entre elles. Plus que jamais, le contexte de la croissance simultanée des besoins et des coûts nous oblige à accroître l'efficience de nos modes d'organisation et à rendre compte des efforts en ce sens et des résultats obtenus.

À cette fin, le projet de loi 28 est venu préciser le nouveau cadre qui régit les niveaux de responsabilité et d'imputabilité entre le Ministère, la régie régionale et les établissements. Ainsi, la présente planification stratégique triennale constituera le fondement d'un contrat de performance annuel liant la régie régionale et le Ministère et se traduira dans des ententes ou conventions de gestion, à intervenir annuellement entre la régie régionale et chacun des établissements. La définition de ces ententes constituera l'un des suivis immédiats à donner à la planification stratégique dès que celle-ci aura été approuvée.

Mais au-delà de ce processus formel d'ententes de gestion et de reddition de comptes, il nous faudra travailler activement à améliorer nos modes de fonctionnement et de collaboration. Si

l'augmentation du niveau de ressources est une condition nécessaire à la modernisation de notre système de santé et de services sociaux, ce n'est pas une condition suffisante. Divers chantiers seront nécessaires afin d'établir une dynamique régionale où les organisations collaborent à la mise en œuvre des priorités d'organisation des services et améliorent leur fonctionnement en réseau, permettant une meilleure prise en charge de la population dont ils sont responsables, dans une approche globale d'intégration de services. La régie régionale s'engage à soutenir une démarche structurée dans le sens d'une meilleure intégration des services. C'est pourquoi elle entend mettre en place un nombre limité de groupes de travail régie-établissements afin de soutenir et d'outiller les différents processus de changement qui nous feront progresser dans la direction voulue. Il s'agira là aussi d'un axe de travail important qui sera entrepris dans la foulée de l'adoption du plan stratégique.

Cependant, nous sommes déjà en mesure de proposer des objectifs d'amélioration précis au regard d'un axe majeur de préoccupation, celui de la gestion des ressources. En effet, assurer la disponibilité et la qualité des ressources humaines et investir judicieusement dans les technologies et les immobilisations constituent des conditions essentielles pour améliorer notre gestion d'ensemble.

Assurer la disponibilité et la qualité des ressources humaines

ENJEUX LIÉS AUX RESSOURCES HUMAINES

La capacité du réseau de la santé et des services sociaux de la région de répondre aux besoins de la population au cours des prochaines années est directement liée à la présence des ressources humaines en nombre suffisant et ayant les compétences requises pour offrir ces services.

La pénurie actuelle de main-d'œuvre dans plusieurs catégories de personnel est un phénomène répandu dans presque tous les pays occidentaux et les grandes tendances démographiques vont faire en sorte que cette situation va se détériorer au cours des prochaines années.

D'une part, le vieillissement de la population va entraîner un accroissement du volume et une diversification des services requis; d'autre part, le vieillissement des effectifs dans le secteur de la santé et des services sociaux va entraîner une accélération des départs pour la retraite alors qu'en même temps le bassin de jeunes entrant sur le marché du travail va diminuer.

Toutefois, ce secteur a beaucoup à offrir en matière de perspectives de carrière. Il y a nécessité de faire connaître les possibilités avantageuses qu'il offre par rapport à d'autres secteurs d'emploi. Des campagnes de marketing bien orchestrées et soutenues régionalement donneraient un élan aux initiatives actuelles des établissements qui devront travailler en réseau en ce qui

Tableau 9
Principales catégories d'emploi dans le secteur paramédical et psychosocial du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001-2002

Catégories	Effectifs 31 mars 2002	ETC 2001-2002	Ratio ETC /effectifs
Infirmières	4 400	3 114,3	0,71
Infirmières bachelières	1 302	995,1	0,76
Infirmières cadres	200	167,7	0,84
Infirmières auxiliaires	1 526	1 037,5	0,68
Préposés aux bénéficiaires	4 640	2 877,8	0,62
Audiologistes – orthophonistes	85	52,2	0,61
Ergothérapeutes	353	237,1	0,67
Physiothérapeutes	226	161,8	0,72
Pharmaciens	105	72,7	0,69
Diététistes	150	88,4	0,59
Inhalothérapeutes	322	208,4	0,65
Technologues en radiodiagnostic	224	174,6	0,72
Techniciens médicaux	408	285,1	0,70
Auxiliaires familiaux et sociaux	479	357,2	0,75
Travailleurs sociaux	443	337,6	0,76
Agents de relations humaines	928	703,6	0,76
Psychologues	192	124,2	0,65
Psycho-éducateurs – éducateurs	1081	753,8	0,70
Source : Fichier R-025, 2001-2002			

concerne le recrutement de la main-d'œuvre. Il faudra que les établissements continuent à favoriser et à susciter le plus largement possible l'implication et l'engagement de leur personnel en place.

Par ailleurs, il ne faut pas seulement avoir des ressources humaines en quantité suffisante, mais il faut aussi que celles-ci soient adaptées aux exigences des nouvelles pratiques professionnelles et des nouvelles façons de faire. Trois phénomènes, souvent interreliés, vont particulièrement affecter le fonctionnement des établissements et les ressources humaines.

L'évolution accélérée des connaissances et des technologies, dont la médecine génétique et les nouvelles techniques chirurgicales, vont modifier profondément les besoins en ressources humaines et les pratiques professionnelles.

De la même manière, le développement de nouvelles technologies de l'information (dossiers patients informatisés, transmission électronique des résultats de tests diagnostiques, etc.) ne font que commencer à faire sentir leurs effets sur les pratiques professionnelles et l'organisation du travail.

Enfin, la réalisation des priorités, orientations stratégiques et actions cibles du plan triennal exigera de nouvelles façons de procéder et de nouvelles compétences de la part du personnel du réseau. Les recommandations du rapport Bernier illustrent bien cette nécessité de transformer les pratiques et les relations interprofessionnelles.

Ces nouveaux défis se situent dans un contexte où déjà le recrutement et la rétention du personnel qualifié posent problème dans la plupart des établissements et où la motivation du personnel a été sérieusement entachée au cours des dernières années, phénomène qui s'est traduit, entre autres, par une hausse de l'absentéisme.

Pour les trois prochaines années, on peut donc identifier quatre enjeux majeurs en ce qui concerne les ressources humaines du réseau afin d'assurer l'accès de la population aux services dont elle a besoin et de maximiser l'efficience du fonctionnement du réseau :

- Assurer un niveau optimal de recrutement, de rétention et d'utilisation des effectifs dans chacune des catégories de personnel par des actions locales dans le cadre d'une stratégie régionale;
- assurer le développement des compétences du personnel cadre et salarié afin de le soutenir dans la réalisation de la transformation des soins et services, la réorganisation du travail et le renouvellement des pratiques professionnelles et de gestion;
- accroître le niveau de présence au travail;
- renforcer l'implication et la mobilisation du personnel cadre et salarié.

ORIENTATION 1

Assurer un niveau optimal de recrutement, de rétention et d'utilisation des effectifs cadres et salariés

Selon les dernières projections effectuées, on prévoit que d'ici cinq ans, l'ensemble des établissements du réseau de la région devra recruter, pour les différentes catégories d'emploi de salariés, l'équivalent de 25 % à 50 % de leurs effectifs actuels afin de remplacer les départs et répondre à l'accroissement des besoins en services. Dans le cas des cadres, les besoins de relève seront de 30 %. Pour plusieurs catégories de personnel, ce défi sera difficile à réaliser.

Dans ce contexte, la réduction des effets des pénuries actuelles et anticipées de main-d'œuvre passe, pour une bonne part, par le maintien en emploi du personnel en place, par une augmentation du niveau moyen du temps de travail de ce personnel et par une utilisation la plus judicieuse possible des expertises disponibles.

On observe de plus en plus qu'un nombre significatif de jeunes employés de moins de cinq

ans d'ancienneté quittent le réseau pour d'autres secteurs, alors qu'à l'autre extrême de la courbe d'âge, un nombre croissant d'employés prennent une retraite anticipée alors que le réseau pourrait bénéficier de leurs services pendant encore plusieurs années. Des actions doivent être faites pour freiner ces départs et maintenir ce personnel dans nos établissements.

Actuellement, plus de la moitié des salariés du réseau ne détiennent pas un poste à temps complet régulier et le quart de ces derniers travaillent l'équivalent de moins de deux jours par semaine. Une augmentation de la prestation de travail de ceux-ci permettrait de réduire les besoins en effectifs.

Enfin, l'organisation des soins de santé et des services sociaux et du travail détermine les effectifs requis selon les différentes expertises dans les unités de soins et de services et a un effet direct sur l'ampleur des pénuries que l'on connaît dans certaines catégories d'emploi.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 1

Actions cibles

- Mettre en place un processus permettant de suivre l'évolution des besoins en main-d'œuvre;
- prévoir et mettre en place, à court terme, des mécanismes de planification et de gestion de la main-d'œuvre afin d'éviter des ruptures de services, notamment en milieu hospitalier, durant la période de transition résultant de l'ajout éventuel de budgets en première ligne et en services aux personnes âgées;
- élaborer et mettre en place des stratégies de rétention du personnel plus jeune ainsi que du personnel plus âgé afin de retarder les départs à la retraite;
- élaborer et mettre en place des stratégies régionales de promotion du secteur de la santé et des services sociaux auprès des jeunes de niveaux secondaire et collégial du territoire montérégien;
- élaborer et mettre en place les mesures les plus susceptibles d'accroître la prestation de travail du personnel, notamment par un encadrement clinique plus important et une conciliation travail-famille-vie personnelle adaptée aux besoins de la dispensation des soins et services et en considération de la situation et des attentes du personnel;
- en tenant compte des pénuries observées et anticipées ainsi que de la reconfiguration du réseau de soins et de services, revoir l'organisation des soins et des services par une approche interprofessionnelle prévoyant une utilisation la plus judicieuse possible des compétences en fonction des tâches à accomplir afin de répondre adéquatement, tant au plan qualitatif que quantitatif, au niveau requis de soins et de services à rendre à la population.

ORIENTATION 2

Assurer le développement des compétences du personnel cadre et salarié afin de le soutenir dans la réalisation de la transformation des soins et services, la réorganisation du travail et le renouvellement des pratiques professionnelles et de gestion

La transformation des soins et services pose des défis importants au niveau des ressources humaines. Tous reconnaissent qu'un personnel qualifié et mobilisé est un des leviers essentiels pour relever ce défi, tant au niveau des cadres que des salariés. À ce titre, les programmes de développement de compétence deviennent un des éléments stratégiques pour assurer non seulement le renouvellement des pratiques professionnelles des salariés mais aussi pour habiliter les cadres du réseau à soutenir et mobiliser le personnel dans les changements engendrés par cette transformation des soins et services.

De plus, le contexte de pénurie de main-d'œuvre, de l'arrivée massive de personnel plus jeune et moins expérimenté et des difficultés de rétention modulera très certainement, dans les années à venir, les modalités de diffusion des programmes de développement. Ainsi, dans la mise en place de l'ensemble de ces programmes, une attention particulière au transfert des apprentissages en milieu de travail et à l'implantation de modalités d'apprentissage tenant compte du contexte seront à privilégier (formation continue, *coaching* structuré, opportunités de développement par l'entremise de stages, etc.).

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 2

Actions cibles

- Mettre en place des programmes de développement des compétences soutenant la transformation des services, la réorganisation des soins et du travail et le renouvellement des pratiques professionnelles en lien avec les priorités, orientations stratégiques et actions cibles du plan triennal;
- mettre en place des programmes de développement et de maintien des compétences du personnel cadre l'habilitant d'une part, à soutenir les changements engendrés par la transformation des services et le renouvellement des pratiques professionnelles et d'autre part, à soutenir et mobiliser son personnel dans ces changements;
- poursuivre le programme de développement des compétences des directeurs et directrices d'organismes communautaires et bénévoles et des administrateurs et administratrices.

ORIENTATION 3
Accroître le niveau de présence au travail

Le phénomène d'épuisement du personnel noté depuis déjà quelques années est souvent la conséquence d'une surcharge de travail ou de contextes familiaux, sociaux ou économiques qui rendent la prestation de services plus ardue. Cette réalité se traduit dans le réseau montérégien par un ratio d'heures compensées par l'assurance-salaire, ajusté pour tenir compte de l'évolution démographique du personnel, de 28 % supérieur à celui de l'année 1998-1999. Toutefois, en 2002-2003, une baisse de 3 % a été observée par rapport à l'année précédente.

Cela représente globalement l'équivalent de plus de 1 500 personnes à temps complet, dont environ 330 infirmières, 125 infirmières-auxiliaires et 300 préposés aux bénéficiaires. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre importante, particulièrement en soins infirmiers, ces absences ne font qu'accroître la pression sur le personnel en place, risquant ainsi d'entraîner une hausse encore plus marquée de l'absentéisme pour divers motifs.

L'objectif visé est de ramener d'ici 2006 ce ratio d'heures d'assurance-salaire à celui de 1998-1999.

Tableau 10
Correspondance des heures en assurance-salaire en termes d'effectifs pour le personnel du secteur infirmier, les cadres et l'ensemble du personnel du réseau en 2001-2003

	Effectifs au 31/03/2002	Ratio heures en ass.-sal. /travaillées	Correspondance en effectifs	Impact d'une réduction de 28 %
	1	2	3 = (1 x 2)	4 = (3 x 28 %)
Infirmières	5 702	5,8 %	331	93
Infirmières auxiliaires	1 526	8,2 %	125	35
Préposés aux bénéficiaires	4 640	6,7 %	311	87
Cadres	1 106	3,6 %	40	411
Ensemble du personnel du réseau	26 326	5,9 %	1 553	435

Sources : Fichier R-25; MSSS, Statistiques sur le personnel syndiqué et le personnel syndicable non syndiqué du réseau de la santé et des services sociaux, 1999-2000

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 3

Actions cibles

- Chaque établissement, dont le nombre d'heures d'assurance-salaire excède 10 000 heures le ratio attendu (ratio 1998-1999), devra élaborer et implanter un plan d'action avec le support de la régie régionale et du Ministère. Ce plan d'action devra prévoir, au-delà de la gestion médico-administrative, des objectifs permettant d'agir sur les causes de l'absentéisme, notamment en investissant les champs relatifs à l'organisation du travail et au développement d'environnements de travail stimulants et mobilisants;
- assurer le maintien et le développement des expertises en gestion de la présence au travail dans les établissements;
- mettre en place un système de mise en commun de services experts pour les établissements éprouvant des difficultés à maintenir les expertises nécessaires à la gestion de la présence au travail.

ORIENTATION 4
Renforcer l'implication et la mobilisation du personnel cadre et salarié

Les constats posés par la Commission d'études sur les services de santé et de services sociaux relativement à la motivation du personnel à l'emploi du réseau sont plutôt sombres et permettent de mieux comprendre la faiblesse relative de l'intérêt des jeunes à faire carrière dans ce secteur, la croissance des absences pour cause de maladie, notamment en rapport avec la santé mentale, et l'empressement des plus expérimentés à quitter le réseau, trop souvent pour une retraite anticipée.

Comme il n'est plus à démontrer que la qualité des soins et des services ainsi que la réussite des transformations des pratiques professionnelles induites par les pénuries de main-d'œuvre et la reconfiguration du réseau sont directement tributaires de l'implication et de la motivation des individus qui y travaillent, il devient incontournable d'intervenir afin d'améliorer la situation.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 4

Actions cibles

- Établir, en partenariat avec les établissements, un état de situation du niveau de mobilisation du personnel, des plans d'action et des activités réalisés localement;
- soutenir les établissements dans l'élaboration ou la consolidation de leur plan d'action notamment par le réseautage;
- sur la base de plans d'action locaux, dégager les axes d'intervention au niveau régional.

Investir dans les technologies et immobilisations

ENJEUX LIÉS AUX RESSOURCES MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Pour être viable, le réseau de la santé et des services sociaux de la région a besoin de diverses ressources lui permettant d'offrir des services qui répondent aux besoins de la population. Il ne s'agit pas seulement de ressources humaines ou financières, mais aussi de ressources matérielles et informationnelles telles que des locaux et bâtiments, des équipements, des moyens technologiques et informatiques.

La vétusté du parc immobilier et des équipements, de même que la désuétude rapide des systèmes d'information, sont des réalités pour toutes les régions du Québec et le financement actuel des actifs capitalisables ne pourra empêcher que cette situation se détériore au cours des prochaines années.

D'une part, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec a connu une longue période de sous-financement de ses actifs capitalisables, selon le rapport du Vérificateur général du Québec relatif aux immobilisations en mai 2000, ce qui a généré un déficit d'entretien important mettant en péril la capacité des immobilisations et équipements de soutenir adéquatement la prestation de services à la population.

D'autre part, la faible visibilité publique des investissements consacrés à la maintenance des actifs, versus celle associée aux développements, maintiendra la timidité actuelle à fournir la totalité du financement récurrent requis. Il faudra donc que les établissements maximisent l'utilisation de leurs ressources matérielles et informationnelles et consacrent une part accrue de leurs fonds d'exploitation à des fins capitalisables.

Au chapitre des immobilisations, il ne faut pas considérer le maintien des actifs comme étant simplement l'entretien des bâtisses et équipements. Il faut aussi que ces actifs soient adaptés aux exigences des nouvelles pratiques professionnelles et des nouvelles façons de faire.

Trois phénomènes, souvent interreliés, affectent particulièrement le fonctionnement des établissements et la capacité d'adaptation des ressources matérielles autant qu'informationnelles.

L'évolution accélérée des connaissances et des technologies modifie profondément les besoins en infrastructures. Les centres ambulatoires en sont un exemple.

De même, l'essor des technologies de l'information, dont l'avènement de la carte santé et du dossier patient informatisé, exerce une pression énorme sur la capacité d'adaptation et de renouvellement des systèmes informatiques et de télécommunication.

Enfin, l'évolution des philosophies et des modalités d'intervention, tant cliniques, psychosociales que de réadaptation, exige des contributions différentes des infrastructures matérielles et informationnelles existantes. À titre indicatif, soulignons l'avènement des groupes de médecine de famille (GMF), l'introduction de l'approche milieu de vie en hébergement de longue durée et l'implantation de RSI pour des clientèles ou problématiques spécifiques qui appellent des adaptations au plan des systèmes d'information.

Pour les trois prochaines années, on peut donc identifier quatre enjeux majeurs en ce qui concerne les ressources matérielles et informationnelles du réseau afin d'assurer l'accès de la population aux services dont elle a besoin et de maximiser l'efficience du fonctionnement du réseau :

- Assurer un rattrapage dans le financement des actifs capitalisables et une équité entre chacune des catégories d'actifs et des types d'établissements;
- adapter les bâtiments, équipements et systèmes d'information aux nouvelles approches et façons de faire;
- supporter le développement de la télésanté, principalement en lien avec le contexte de rareté d'intervenants spécialisés;
- assurer la mise en œuvre des annonces ministérielles autant pour les projets immobiliers que pour les équipements ou systèmes d'information.

ORIENTATION 1

Assurer un rattrapage et une équité dans le financement des actifs capitalisables

Selon les estimés de mai 2002 du système d'évaluation de la valeur de remplacement des actifs du réseau de la santé et des services sociaux, la région est responsable d'un actif de 1,2 milliard de dollars, soit 911 millions en bâtiments, réparti entre 86 édifices, et 334 millions en équipements autant médicaux qu'informatiques ou de mobilier. Pour assurer un maintien adéquat de ces actifs de plus d'un milliard, des investissements annuels de 47 millions seraient requis dont 21 millions pour les immeubles et 26 millions pour les équipements.

Au cours des dernières années, des investissements importants ont été effectués via l'injection de 102 millions dans les immeubles et 85,9 millions dans les équipements. Cependant, dans un contexte où les budgets régionaux récurrents en maintien d'actifs ne sont que de 3,3 millions pour les immeubles et 6,7 millions pour les équipements, il est clair que le rattrapage n'est pas complété et que sa concrétisation devra se faire à partir de diverses sources de fonds. En conséquence, il sera requis d'être mieux outillé pour suivre l'évolution réelle des besoins financiers en immobilisations. Un tel tableau de bord permettra la mise en place de stratégies permettant d'atteindre autant des cibles d'équité que de combler des déficits d'entretien immobilier.

Tableau 11
Valeur de remplacement, en dollars, des actifs capitalisables en immeubles et équipements pour l'ensemble des établissements de la région en 2002-2003

	Valeur des immeubles	Valeur des équipements médicaux	Valeur des autres équipements
Centres hospitaliers (11)	510 354 504 $	172 299 064 $	62 121 742 $
CLSC et CHSLD (38)	313 344 413 $	9 111 346 $	72 124 181 $
Centres réadaptation et jeunesse (7)	77 080 436 $	530 425 $	16 373 003 $
Privés conventionnés (2)	10 366 560 $	105 060 $	1 614 153 $
Total	911 145 913 $	182 045 895 $	152 233 079 $

Tableau 12
Valeur des investissements, en dollars, au niveau des immeubles et des équipements pour l'ensemble des établissements de la région de 1999-2000 à 2002-2003

Années	Investissements immobiliers	Investissements équipements médicaux	Investissements autres équipements	Total
1999-2000	5 838 351 $	2 686 000 $	5 299 000 $	13 823 351 $
2000-2001	60 055 468 $	16 395 200 $	6 152 320 $	86 602 988 $
2001-2002	30 102 624 $	17 591 412 $	8 572 097 $	56 266 133 $
2002-2003	6 025 000 $	22 744 000 $	6 496 000 $	35 265 000 $
Total	102 021 443 $	59 416 612 $	26 519 417 $	187 957 472 $

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 1

Actions cibles

- Mettre en place un processus permettant de suivre l'évolution des besoins en financement des actifs capitalisables;
- élaborer et mettre en place des stratégies de rattrapage et d'équité en financement des immobilisations et équipements;
- intégrer le financement des actifs capitalisables au budget de développement des services;
- élaborer et mettre en place les mesures les plus susceptibles de diminuer les écarts de financement des actifs capitalisables;
- identifier clairement les besoins en immobilisations en fonction des différents types et catégories de services rendus à la population.

ORIENTATION 2
Adapter les immobilisations aux nouvelles façons de faire

La reconfiguration des soins et services afin d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité pose des défis importants au niveau des ressources matérielles et informationnelles. Tous reconnaissent qu'un environnement et des outils de travail efficaces et bien adaptés sont des leviers essentiels pour assurer la modernisation du système de santé. Il est également devenu évident que de meilleurs équipements et systèmes d'information seront essentiels pour maintenir le niveau de prestation de services malgré un contexte de pénurie de personnel qualifié.

Ainsi l'intégration, dans la stratégie régionale d'organisation de services, de plans directeurs en immobilier, équipement et système d'information, devient un des éléments permettant non seulement de planifier la reconfiguration des soins et services, mais aussi d'en planifier la main-d'œuvre requise. Dans ce contexte, les plans directeurs régionaux permettront l'élaboration de plans directeurs territoriaux ainsi que l'harmonisation des plans directeurs des établissements au plan stratégique triennal de la région en matière d'organisation et de prestation de services.

Une des difficultés d'arrimage qu'il ne faudra pas négliger est la nature relativement à long terme des ressources matérielles et informationnelles. Ainsi, un plan directeur pour ce type de ressources est d'une durée quinquennale ou plus et, souvent, ses effets se font sentir sur un horizon d'années encore plus long.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 2

Actions cibles

- Élaborer et mettre en place un plan directeur immobilier régional sur lequel viendront se greffer des plans directeurs territoriaux et les plans directeurs des établissements, en fonction du plan stratégique triennal en matière d'organisation et de prestation de services;
- élaborer et mettre en place un plan directeur en équipements médicaux spécialisés;
- élaborer et mettre en place un plan directeur en équipements informatiques et en technologies et systèmes d'information;
- profiter de toutes les occasions possibles pour modifier et adapter les ressources matérielles et informationnelles aux nouveaux besoins en émergence;
- profiter de toutes les occasions possibles pour optimiser et moderniser les ressources matérielles et informationnelles;
- assurer un suivi particulier de la réhabilitation complète du Pavillon Honoré-Mercier du Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

ORIENTATION 3
Supporter le développement de la télésanté

L'évolution rapide des technologies d'information et de communication favorise l'essor du secteur de la télésanté. Souvent associée à l'univers hospitalier, la télésanté trouve de plus en plus d'applications dans d'autres secteurs d'activités, tel le traitement à domicile.

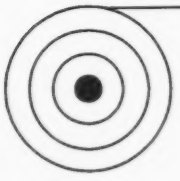
L'accès à ces nouvelles technologies ouvre donc la voie à des solutions innovatrices, entre autres, dans le contexte de pénurie de ressources professionnelles (médicales et autres) ou de carences dans la couverture territoriale de certains secteurs d'activités cliniques. Elles peuvent aussi permettre l'accès à des soins et services de santé de qualité supérieure, à coût moindre et à un plus grand nombre. Dans cette perspective, la régie souhaite explorer davantage les possibilités offertes par la télésanté.

Les actions cibles en appui à cette orientation sont :

Orientation 3

Actions cibles

- Identifier les secteurs propices au développement de la télésanté;
- supporter financièrement l'élaboration et la mise en œuvre de projets pilote et l'implantation des projets qui ont atteint leur maturité.



CONCLUSION

Le système de santé montérégien constitue une entreprise complexe, qui montre déjà des résultats très satisfaisants, voire excellents dans certains cas, à plus forte raison sachant qu'il s'agit d'un système relativement moins bien financé que dans d'autres régions du Québec.

Mais on peut faire mieux, parce que la santé est un droit, une valeur, un objectif et une ressource importante pour l'avenir de notre société. Une ressource que l'on peut mieux gérer de manière à contenir la pression combinée de l'augmentation des besoins et de la croissance des coûts. On doit cependant reconnaître que l'on ne peut pas tout faire et qu'il faut déterminer des choix fondés sur une analyse complète de la situation et ensuite enclencher l'action pour le bénéfice de notre population.

Les orientations stratégiques contenues dans ce plan constituent l'assise du développement des services souhaités au sein du système de santé de la région. Mais au-delà du rehaussement de l'offre de services, les organisations du réseau devront collaborer à définir et à mettre en œuvre une approche globale d'intégration des services et de leur mode de fonctionnement. La régie entend, à cet égard, soutenir dès maintenant une démarche structurée permettant de formuler des stratégies de mise en œuvre favorables à l'intégration des services.

Nous voulons faire de cette vision stratégique la base de notre engagement mutuel face au MSSS, face aux établissements, afin d'offrir cette garantie au public et d'en rendre compte publiquement. C'est ainsi que nous pourrons doter la Montérégie d'une organisation régionale des services qui deviendra un modèle pour tous ceux et celles qui sont engagés dans la modernisation des systèmes de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES FAITS SAILLANTS

1. Payette, J., Villeneuve, M. *La population selon certains groupes d'âge pour la période 1981 à 2011, Québec, Montérégie et CLSC.* Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, 275 p.

2. Institut de la statistique du Québec. *Enquête sur les limitations d'activités 1998* (EQLA 1998). Les Publications du Québec, Québec, 2001, 511 p.

3. Institut national de santé publique du Québec. *Le portrait de santé : le Québec et ses régions.* Les Publications du Québec, Québec, 2001, 432 p.

4. Sauvageau, Y. Le portrait de santé. *La Montérégie et ses territoires de CLSC.* Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2003, 432 p.

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Surveillance de la mortalité au Québec: 1977-1998.* Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 252 p.

6. Émond, V. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs.* Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2002, 12 pages et annexes.

7. Sauvageau, Y., *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie : données régionales.* Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2002, 254 pages et annexes statistiques.

8. Statistiques Canada. *Résultats de l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC 2000-2001). [En ligne www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01002/tables_f.htm]. Site Internet consulté le 28 novembre 2002.

9. Éllison, L.F., Howard, I.M., de Groh, M., Villeneuve, P.J. *Les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs canadiens : mise à jour.* **Maladies chroniques au Canada**. 20 (1). 1999, p. 42-45.

10. OMS. *Reducing the risks, promoting healthy life (rapport annuel 2002).* Genève, 2002, 167 pages et annexes.

11. Régie de l'assurance-maladie du Québec. Données tirées d'une présentation réalisée par M. André Langlois, le 5 juin 2002 dans le cadre du suivi du PQDCS. Québec, 2002.

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Projections d'incidence de cancer et de mortalité par cancer au Québec pour l'année 2001.* Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 64 pages.

13. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002.* Toronto, Canada, 102 pages.

14. Ministère de la sécurité publique. *La violence conjugale. Statistiques 2000.* Gouvernement du Québec, 2001, 58 pages et annexes.

15. MSSS. Fichier de rémunération des médecins, données standardisées. Tableau « Disparités interrégionales à la répartition des médecins et à l'accès aux services offerts par ceux-ci, période du 1er octobre 2000 au 31 mars 2001 ».

16. GRIS, Université de Montréal. *Analyse de l'évolution des services hospitaliers en Montérégie : réflexion stratégique.* Décembre 2002.

17. Le taux de budgétisation des CHSLD pour les lits de longue durée (LD) est calculé selon la formule suivante : budget actuel pour les ressources LD/budget requis pour répondre aux besoins de la clientèle hébergée.

18. Depuis la période 2000-2001, la méthode Bédard, basée sur la performance des CHSGS, est utilisée pour estimer le manque à gagner.

19. La baisse marquée du *per capita* du programme *Personnes âgées en perte d'autonomie* est due à un ajustement dans la méthode de calcul du *per capita* où on utilise maintenant la population totale de la région au dénominateur au lieu de celle des 65 ans et plus. Ce changement de calcul n'affecte en rien la valeur de l'indice en base 100.

20. Pour le programme de déficience intellectuelle, on observe une baisse de l'indice entre 1999 et 2002. Cette baisse ne traduit pas une diminution des dépenses dans ce programme mais plutôt une augmentation importante de celles enregistrées au plan provincial. Dans ce cas-ci, cette augmentation observée à l'échelle du Québec n'est pas le fait d'un ajout budgétaire mais résulte d'un ajustement du contour financier marqué par un transfert des dépenses du programme de santé mentale au programme de déficience intellectuelle.

21. Communiqué du MSSS, le 29 mai 2002, Joliette.

22. L'estimation, par le MSSS, du manque à gagner établi pour le rétablissement de l'équité interrégionale diffère de celle présentée dans le tableau précédent. L'écart d'environ 50 millions de dollars est attribuable à l'introduction de paramètres nouveaux de calcul, dont ceux développés par les travaux du Comité Bédard I.

ANNEXE

Sigles et abréviations

APVP	Années potentielles de vie perdue
CDC	Corporation de développement communautaire
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centres d'hébergement de soins de longue durée
CJM	Centres jeunesse de la Montérégie
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMR	Centre montérégien de réadaptation
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRID	Centre de référence et d'investigation diagnostique
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
CSRE	Centres de services de réadaptation à l'externe
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
ETP	Équivalent temps plein
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
ITSS	Infections transmissibles sexuellement par le sang
LD	Longue durée
LITC	Lenteur intellectuelle avec troubles de comportement

LJC	Loi sur les jeunes contrevenants
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organismes communautaires
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte au cancer
PROS	Plans régionaux d'organisation de services
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RCM	Réseau cancer Montérégie
RI	Ressources intermédiaires
RSI	Réseaux de services intégrés
RTF	Ressources de type familial
SACA	Secrétariat de l'action communautaire autonome
SAHT	Services d'adaptation aux habitudes de travail
SIC	Systèmes d'information clientèle
SICHELD	Système d'information en centre hospitalier et de soins de longue durée
SIGDU	Système informatisé de gestion du département d'urgence
SIRTF	Système d'information pour les ressources de type familial
TGC	Troubles graves du comportement
UMF	Unité de médecine familiale
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunificience acquise